

平成23年1月28日

独立行政法人

国立長寿医療研究センター 御中

厚生労働省医政局政策医療課

在宅医療の推進に向けたご意見募集について

平素よりご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。

現在、厚生労働省では「医療計画の見直し等に関する検討会」を設置し、次期医療計画の策定に向けた議論を進めているところです。医療計画（別添1）に定めることとされている「居宅等における医療の確保に関する事項」についても同検討会で検討する予定としております（医療計画の記載事項については別添2を参照のこと）。

つきましては、在宅医療のさらなる推進に向けて「居宅等における医療の確保に関する事項」の見直しについて、下記のとおりご意見を募集いたします。なお、ご意見に対して個別の回答は致しかねますので、その旨ご了承願います。

記

1. ご提出方法

ご意見には理由を付して、電子メールで提出願います（様式自由）。
なお、件名は「在宅医療の推進に向けた意見」と明記してください。

2. 締め切り日

平成23年2月28日（月）

【提出先】

厚生労働省医政局政策医療課

在宅医療推進室 蔵本

電話 03-5253-1111（内線 2662）

e-mail kuramoto-toshioaa@mhlw.go.jp

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保 ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保 ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

医政発第0720003号

平成19年7月20日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医 療 計 画 に つ い て

平成18年6月21日付けで公布された良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号。以下「改正法」という。）により、医療法（昭和23年法律第205号）の一部が改正され、このうち、改正後の医療法（以下「法」という。）における医療計画に関する規定については、本年4月1日から施行されたところである。

これに伴い、医療法施行令等の一部を改正する政令（平成19年政令第9号）が本年1月19日付けで、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成19年厚生労働省令第39号）が本年3月30日付けで公布され、本年4月1日から施行されたところである。

また、法第30条の3第1項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）が、本年3月30日に告示され、本年4月1日から適用されたところである。

本改正においては、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図ることを目的として、所要の改正が行われたものである。

具体的には、厚生労働大臣が医療提供体制の確保に関する基本方針を定め、都道府県はその基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて医療計画を定めること、医療計画の記載事項として、これまでの基準病床数に関する事項等に加え、新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病に係る治療又は予防に関する事項、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の確保に必要な事業に関する事項、さらに、これらの疾病及び事業に係る医療提供施設相互の医療連携体制に関する事項が定められるなど、医療計画の見直しを通じて、患者本位の、かつ、安全で質が高く、効率的な医療提供体制の確保を図るために必要な改正が行われたところである。

新たな医療計画の見直しについては、平成20年4月からの適用を目指していることから、都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、下記の事項に留意の上、作成の趣旨、

内容の周知徹底を図り、その達成の推進に遺憾なきを期されたい。

なお、平成10年6月1日健政発第689号健康政策局長通知「医療計画について」及び昭和62年2月23日健政計第9号健康政策局計画課長通知「医療計画に係る報告等について」は廃止する。

記

1 医療計画の作成について

医療計画の作成に当たっては、別紙「医療計画作成指針」を参考として、基本方針に即して、かつ、医療提供体制の現状、今後の医療需要の推移等地域の実情に応じて、関係者の意見を十分踏まえた上で行なうこと。

また、法改正に伴う医療計画制度の改正の要点は、平成19年3月30日付け医政発第0330010号本職通知「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」の「第5の2 医療計画について」において示しているので、参照すること。

2 医療連携体制について

- (1) 法第30条の4第2項において、医療計画の記載事項として、新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業（以下「4疾病及び5事業」という。）が追加となり、4疾病及び5事業に係る医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制（以下「医療連携体制」という。）に関する事項を医療計画に定めることとされたこと。

また、4疾病及び5事業については、地域の実情に応じて数値目標を定め、調査、分析及び評価を行い、必要があるときは変更することとされているが、これは医療機能に関する情報提供等とともに、住民にわかりやすい医療計画とし、より実効性を高めるために政策循環の機能が働く仕組みが組み込まれたことに留意すること。

- (2) 法第30条の4第3項において医療計画に4疾病及び5事業に係る医療連携体制を定めるに当たっては、次の事項に配慮しなければならないとされたこと。

- ① 疾病又は事業ごとに医療連携体制の具体的な方策を定めること。
- ② 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けられることを確保するものであること。
- ③ 医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。
- ④ 医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護サービス事業者、住民その他の関係者による協議を経て構築されること。

また、具体的には、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進する観点から、特に次の事項を念頭において、協議するよう留意されたい。

- ① 患者の内、居宅等で暮らし続けたいと希望する者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けられることを可能とし、居

宅等における医療の充実による生活の質の向上を目指すものであること。

- ② 診療所相互間、診療所と病院間、病院相互間（周産期医療においては助産所を含む。）、さらにはこれらの施設と調剤を実施する薬局との医療機能の分担及び業務の連携によって、通常の診療時間外においても患者又はその家族からの求めに応じて、居宅等医療、救急医療など必要な医療の提供ができること。
- ③ 患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応を図ることが重要であるため、病院前救護体制や消防機関との連携（病院間搬送を含む。）、さらには、生命にかかわる重篤な患者を円滑に救命救急センターへ搬送する体制の確保など、救急搬送体制における連携を一層推進すること。
- ④ 疾病又は事業ごとの医療連携体制については、必ずしも従来の二次医療圏ごとの計画ではなく、地域の実情に応じた圏域ごとの計画を作成することに留意する必要があること。その際、原則として医療提供施設の医療機能や名称を患者や住民に明示すること。

これらの医療連携体制の構築を通じて、各都道府県において充実すべき医療機能が明確になり、その後の対策の検討に資することとなること。

3 居宅等における医療の確保等の記載事項について

- (1) 法第30条の4第2項第6号の居宅等における医療の確保について定めるときは、当該医療におけるそれぞれの機能分類に即して、地域の医療提供施設の医療機能を計画的に明示すること。

また、以下の目的を達成するために患者を中心とした居宅等における医療についての地域の医療提供体制の確保状況、その連携状況及び患者急変時等の支援体制を明示すること。

- ① 患者自身が疾病等により通院困難な状態になっても、最後まで居宅等で必要な医療を受けられるために、地域にどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局等が存在し、かつ、どのような連携体制を組んでいるのか、また、患者の状態等に応じて適切な他の医療提供者等にどのように紹介するのかなどの仕組みがわかりやすく理解できること。
- ② 適切な療養環境を確保し、虚弱な状態になっても最後まで居宅等で暮らし続けたいと希望する住民や患者が安心感をもてるようにすること。
- ③ 医薬品の提供拠点としての調剤を実施する薬局の機能を活用するために、居宅等への医薬品等の提供体制を明示すること。

- (2) 法第30条の4第2項第7号の医療従事者の確保については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。

その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。

これらを踏まえ、都道府県においては、法第30条の12第1項に基づき、地域医

療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。

- (3) 法第30条の4第2項第8号の医療の安全の確保については、地域の住民や患者がわかりやすく理解できるよう医療計画に記載すること。

その際、都道府県は、保健所を設置する市及び特別区の協力のもと、医療提供施設における医療安全を確保するための取組状況を把握し、都道府県が講ずる医療安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等の現状及びその目標を計画に明示すること。

また、住民の身近な地域において、患者又はその家族からの医療に関する苦情、相談に対応し、必要に応じて医療提供施設に対して必要な助言を行う体制等を構築するため、都道府県における医療安全支援センターの設置状況及びその目標についても計画に明示すること。

- (4) 法第30条の4第2項第9号の地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項として、特定の病院等が果たすべき機能について医療計画に記載する場合には、事前にその開設者と十分な意見調整を行うものとする。

4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例について

- (1) 医療計画に基づく基準病床数の算定は、病院の病床及び診療所の病床（以下「病院の病床等」という。）に対して行うものであること。

なお、基準病床数及び区域の設定については、厚生労働省令で定める標準により実施すること。これは、病院の病床等の適正配置を図るためには、全都道府県において統一的に実施しなければ実効を期しがたいからであること。

- (2) 精神病床、結核病床及び感染症病床に係る基準病床数については、法第30条の4第2項第11号の区域が1都道府県において2以上設定された場合においても、当該都道府県全体について定めるものであること。

- (3) 療養病床及び一般病床の基準病床数については、当該都道府県の病床数が少ないために他の区域の病院に入院している場合があると考えられることから、規則第30条の30第1号後段の規定により、都道府県外への流出院患者数から都道府県内への流入入院患者数を控除した数の3分の1を限度として、それぞれの区域にふりわけて加算を行うことができること。

また、精神病床に係る基準病床数については、規則第30条の30第2号後段の規定により、都道府県外への流出院患者数の3分の1を限度として加算を行うことができること。

- (4) 各区域における入院患者の流出入数の算出に当たって病院に対し特に報告の提出を求める場合には、医療計画作成の趣旨等を調査対象となる病院に十分説明の上、円滑な事務処理が行われるよう配慮すること。

- (5) 法第30条の4第5項及び第6項における特例は、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不適當である場合、

特殊な疾病に罹患する者が異常に多い場合等病床に対する特別の需要があると認められる場合に行うものとする。

- (6) 法第30条の4第7項の規定により特定の病床に係る特例の対象となる病院の病床等が定められたが、これは、特に今後各区域において整備する必要があるものに限り、各区域において基準病床数を超える病床が存在する等の場合でも必要に応じ例外的に整備できるものとしたものであること。

この場合において、特例の対象とされる数は、当該申請に係る病床と機能及び性格を同じくする既存の病床数等を勘案し、必要最小限とすること。

なお、これらの特例の対象となった病床については、既存病床数として算定するものであること。

- (7) 法第30条の4第5項、第6項及び第7項による特例については、都道府県医療審議会に諮ること。

この場合、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠を明らかにして当該都道府県医療審議会の意見を聴くものとする。

また、前記の規定に基づき、特例としての取扱いを受ける数について厚生労働大臣に協議するときは、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠等を記載した申請書（別紙様式1、2）に当該都道府県医療審議会の意見を附すること。

5 既存病床数及び申請病床数について

- (1) 規則第30条の33第1項第1号により国の開設する病院又は診療所であつて宮内庁、防衛省等の所管するもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院又は診療所等の病床について、既存病床数及び当該申請に係る病床数の算定に当たり、当該病床の利用者のうち、職（隊）員及びその家族以外の者、従業員及びその家族以外の者等の部外者が占める率による補正を行うこととしたのは、それらの病院又は診療所の病床については部外者が利用している部分を除いては、一般住民に対する医療を行っているとはいえないからであること。

なお、当該病院又は当該診療所の開設許可の申請があつたときは、その開設の目的につき十分審査するものとする。また、開設の目的につき変更の申請があつたときも同様とする。

- (2) 放射線治療病室の病床については、専ら治療を行うために用いられる病床であることから、これを既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものとする。

無菌病室、集中治療室（ICU）及び心臓病専用病室（CCU）の病床については、専ら当該病室の病床に収容された者が利用する他の病床が同一病院又は診療所（以下「病院等」という。）内に別途確保されているものは、病床数として算定しないものとする。なお、無菌病室、ICU及びCCUの病床数のうち、既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものの数を決定するに当たっては、当該病院等及び当該病院等と機能及び性格を同じくする病院等の病床利用の実績等を考慮するも

のとすること。

- (3) 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床については、既存の病床数に算定しないこと。
- (4) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第16条第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関である病院の病床（同法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）については、既存の病床数に算定しないこと。
- (5) 診療所の一般病床のうち、改正法附則第3条第3項に定める「特定病床」については、別途政令で定める日までの間、既存の病床数に算定しないこと。
- (6) 診療所の一般病床について、規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当する診療所として都道府県医療審議会の議を経たときは、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるが、既存病床数の算定に当たっては当該届出病床も含めて算定を行うこと。

6 医療計画の作成手順等について

- (1) 法第30条の4第8項の「医療と密接な関連を有する施策」とは、基本方針の「第7 その他医療提供体制の確保に関する重要事項」に掲げる方針等が該当すること。
- (2) 法第30条の4第9項の規定において、都道府県は医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとされたこと。

これは、4疾病及び5事業に係る医療連携体制の構築など事業の内容によっては、より広域的な対応が求められることから、都道府県内における自己完結にこだわることなく、当該都道府県の境界周辺の地域における医療を確保するために、必要に応じて隣接県等との連携を図ることが求められたものである。

- (3) 法第30条の4第10項の「診療又は調剤に関する学識経験者の団体」としては、都道府県の区域を単位として設立された社団法人である医師会、歯科医師会及び薬剤師会が考えられること。
- (4) 改正法附則第7条の規定により、従前の医療計画は改正法の規定により定められた医療計画とみなされるが、できるだけ平成20年4月からの実施を目指し改正法に基づく医療計画を作成する必要があること。

ただし、基準病床に関する事項など従来の取扱と変更がない医療計画の記載事項については、この限りでないこと。

なお、4疾病及び5事業に係る医療連携体制については、平成20年4月から適用することとしているが、都道府県において地域の実情を踏まえて構築する必要があることから、疾病又は事業ごとに取組が必要である又は可能である分野・領域から、順次、医療連携体制を構築することとして差し支えないこと。

- (5) 法第30条の4第11項の規定における医療計画の変更とは、法第30条の6の規定に基づく変更をいうものであり、例えば、疾病又は事業ごとの医療連携体制において、医療機能を担う医療提供施設を変更する場合などは、この規定に基づく医療計画

の変更には当たらないこと

7 医療計画の推進について

- (1) 法第30条の7第1項の規定において、医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとされたこと。また、同条第2項の規定において、病院又は診療所の管理者は居宅等において医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、必要な支援を行うよう努めるものとされたこと。
- (2) 法第30条の7第3項の規定に基づく病院の開放化については、単に病床や医療機器の共同利用にとどまらず、当該病院に勤務しない地域の医師等の参加による症例の研究会や研修会の開催までを含めた広義のものであること。
また、医療計画の推進を図るに当たっては、大学における医学又は歯学に関する教育又は研究に支障を来さないよう十分配慮すること。なお、同項の「当該病院の医療業務」には、大学附属病院における当該大学の教育又は研究が含まれること。
- (3) 法第30条の9の規定に基づく国庫補助については、医療計画の達成を推進するために、医療計画の内容を考慮しつつ行うこととしていること。
- (4) 医療計画の推進の見地から、病院の開設等が法第30条の11の規定に基づく勧告の対象とされた場合においては、独立行政法人福祉医療機構の融資を行わないこととしていること。

8 都道府県知事の勧告について

- (1) 法第30条の11の「医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合」とは、原則として法第7条の2第1項各号に掲げる者以外の者が、病院の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請をした場合、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請をした場合において、その病床の種別に応じ、その病院又は診療所の所在地を含む法第30条の4第2項第10号の区域(以下「二次医療圏」という。)又は都道府県の区域における既存の病床数が、医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している場合又はその病院又は診療所の開設等によって当該基準病床数を超えることとなる場合をいうものであること。
また、「病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告する」とは、それぞれの行為の中止又はそれぞれの行為に係る申請病床数の削減を勧告することをいうものであること。なお、都道府県知事は、勧告を行うに先立ち、病院又は診療所を開設しようとする者に対し、可能な限り、他の区域における病院又は診療所の開設等について、助言を行うことが望ましいものであること。
- (2) 法第30条の11の規定に基づく勧告は、第7条の許可又は不許可の処分が行われるまでの間に行うものであること。
- (3) 精神病床、結核病床及び感染症病床については、都道府県の区域ごとに基準病床数を算定することとされているが、これらの病床が都道府県の一部に偏在している場合であって、開設の申請等があった病院の所在地を含む二次医療圏及びこれと境界を接

する他の二次医療圏（他の都道府県の区域内に設定された二次医療圏を含む。）の内にその申請に係る種別の病床がないときは、当該都道府県の区域における病院の病床数が医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している等の場合であっても勧告の対象としないことが適当と考えられること。なお、その際には都道府県医療審議会の意見を聴くこと。

（４）病院又は診療所の開設者に変更があった場合であっても、その前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

（５）病院又は診療所が移転する場合であっても、その前後で、その病院又は診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数並びに都道府県内の精神病床、結核病床又は感染症病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

なお、特定病床を有する診療所が移転する場合、その診療所が存在する二次医療圏内の既存病床数は当該特定病床分増加することとなるが、移転の前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないものとする。

（６）病院を開設している者がその病院を廃止し、当該病院を開設していた場所において、診療所の病床を設置する場合であっても、その診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

（７）国（独立行政法人放射線医学総合研究所、独立行政法人航海訓練所、独立行政法人労働者健康福祉機構、独立行政法人国立病院機構、日本郵政公社及び国立大学法人を含む。以下同じ。）の開設する病院又は診療所については、法第６条に基づく医療法施行令（昭和２３年政令第３２６号）第３条の規定により、法第３０条の１１の規定は適用されないこと。

なお、国が病院を開設し、又はその開設した病院につき病床数を増加させ若しくは病床の種別を変更しようとするときは「医療法の一部を改正する法律の施行に伴う国の開設する病院の取扱いについて」（昭和３９年３月１９日閣議決定）又は法第７条の２第７項の規定に基づき、主務大臣等は、あらかじめ、その計画に関し、厚生労働大臣に協議等をするものとされていること。

この場合において、当職から関係都道府県知事に速やかにその旨及びその概要を通知するとともに、当該計画の審査をするために必要な資料及び医療計画の達成の推進を図る観点からの意見の提出を求めるものとする。

また、当該計画に係る病院の開設等の承認の申請があったとき及びこれに承認を与えたときは、当職から関係都道府県知事に通知するものとする。

（８）医育機関に附属する病院を開設しようとする者又は医育機関に附属する病院の開設者若しくは管理者に対して勧告しようとするときは、大学における医学又は歯学に関する教育研究に係る立場から、意見を述べる機会を与えることが望ましいものであること。

（９）診療所の一般病床の設置について、規則第１条の１４第７項第１号から第３号までに該当する次の診療所のいずれかとして都道府県医療審議会の議を経た場合は、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるため、勧告の対象とならないこと。

なお、「医療計画に記載される診療所」については、平成１８年１２月２７日医政発

第1227017号医政局長通知「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」における留意事項を参照されたい。

- ① 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ② へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ③ ①及び②に掲げる診療所のほか、例えば、周産期医療、小児医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

(10) 次に掲げる病床について、平成19年1月1日以後に一般病床の設置の許可を受け
る場合は、勧告の対象としないこと。

- ① 平成19年1月1日前において、法第7条第1項又は第2項の規定により行われている診療所の開設の許可又は病床数の変更の許可の申請に係る診療所の療養病床以外の病床
- ② 平成19年1月1日前において、建築基準法第6条第1項（同法第87条第1項において準用する場合を含む。）の規定により、同法第4条の建築主事が受理している確認の申請書に係る診療所の療養病床以外の病床

9 公的性格を有する病院の開設等の規制について

法第30条の4第12項の規定により医療計画が公示された日以降における法第7条の2第1項各号に掲げるものが開設する公的性格を有する病院の開設等の規制は、当該医療計画に定める区域及び基準病床数を基準として行われるものであること。

(別紙)

医療計画作成指針

目次

はじめに

第1 医療計画作成の趣旨

第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項

1 医療計画作成等に係る法定手続

2 記載事項

3 他計画等との関係

4 医療計画の作成体制の整備

5 医療計画の名称等

6 医療計画の期間

第3 医療計画の内容

1 医療計画の基本的な考え方

2 地域の現状

3 疾病又は事業ごとの医療連携体制

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

⑤ 居宅等における医療

6 医療従事者の確保

7 医療の安全の確保

8 医療提供施設の整備の目標

9 基準病床数

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

11 事業の評価及び見直し

第4 医療計画作成の手順等

1 医療計画作成手順の概要

2 疾病又は事業ごとの医療連携体制構築の手順

3 医療圏の設定方法

4 基準病床数の算定方法

第5 医療計画の推進等

1 医療計画の推進体制

2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

第6 医療計画に係る報告等

1 医療計画の厚生労働大臣への報告

2 医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況の報告

はじめに

都道府県は、厚生労働大臣が定める医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療計画を定めることとされているが、医療計画の作成の手法その他重要な技術的事項については、厚生労働大臣が都道府県に対し必要な助言をすることができることとされている。本指針は、そのような事項について都道府県の参考となるものを手引きの形で示したものである。

第1 医療計画作成の趣旨

我が国の医療提供体制については、国民の健康を確保し、国民が安心して生活を送るための重要な基盤となっている。一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められている。

特に、人口の急速な高齢化が進む中、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病（以下「4疾病」という。）を含む生活習慣病については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療提供体制の構築が求められている。

さらには、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。）の5事業（以下「5事業」という。）についても、これらに対応した医療提供体制の構築により、住民や患者が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

このような状況を踏まえ、国民の医療に対する安心、信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制を確立するため、患者の視点に立った制度全般にわたる改革の一環として、医療計画制度の見直しが行われたものである。

具体的には、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられるような体制を各地域に構築するとともに、どの医療機関でどのような医療が提供されるのか患者や地域住民に、わかりやすく伝えるなど情報提供の推進を図ることとされた。

このため、都道府県においては、4疾病及び5事業について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制（以下「医療連携体制」という。）を構築することが必要である。

加えて、都道府県は、構築した地域の医療連携体制をわかりやすく示すことにより、

住民や患者が地域の医療機能を理解し、病期に適した質の高い医療を受けられるようになる体制を構築することが必要である。

今般の医療計画制度の見直しは、これら医療連携体制の構築を中心とした医療計画を作成するとともに、具体的な数値目標の設定及び評価により改善を図ることのできる医療計画を作成することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するためのものである。

なお、医療計画の作成に際し、医療や行政の関係者に加え、患者や住民が医療の現状について共通の認識を持ち、一体となって課題の解決に向け、協議・検討を行うことは今後の医療の進展に大きな意義を有するものである。

第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項

1 医療計画作成等に係る法定手続

医療計画の作成等に関しては、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）に基づく次の手続が必要である。

- (1) 医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。
- (2) 医療計画を作成するため、都道府県の区域を単位として設置された医師会、歯科医師会、薬剤師会等診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴く。
- (3) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、市町村（救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。）の意見を聴く。
- (4) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴く。
- (5) 医療計画を定め、変更したときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともにその内容を公示する。
- (6) 医療計画を作成し、事業を実施するために必要がある場合は、市町村、官公署、医療保険者、医療提供施設の開設者又は管理者に対して、医療機能に関する情報等必要な情報提供を求めることができる。

2 記載事項

法第30条の4第2項に基づく次の事項については、医療計画に必ず記載しなければならない。

- (1) 都道府県において達成すべき、4疾病及び5事業の目標に関する事項
- (2) 4疾病及び5事業に係る医療連携体制に関する事項
- (3) 医療連携体制における医療機能に関する情報提供の推進に関する事項
- (4) 居宅等における医療の確保に関する事項
- (5) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- (6) 医療の安全の確保に関する事項
- (7) 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- (8) 病床の整備を図るべき区域の設定に関する事項
- (9) 基準病床数に関する事項
- (10) その他医療提供体制の確保に関し必要な事項

3 他計画等との関係

医療計画の作成に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策との連携を図るよう努める。医療の確保に関する内容を含む計画及び医療と密接に関連を有する施策としては、例えば次のようなものが考えられる。

- (1) 過疎地域活性化特別措置法（平成2年法律第15号）に基づく過疎地域活性化計画
- (2) 離島振興法（昭和28年法律第72号）に基づく離島振興計画
- (3) 山村振興法（昭和40年法律第64号）に基づく山村振興計画
- (4) 基本方針「第7 その他の医療提供体制の確保に関する重要事項」に掲げる方針等
 - ① 新健康フロンティア戦略
 - ② 21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）及びその地方計画
 - ③ がん対策基本法（平成18年法律第98号）に定めるがん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画
 - ④ 健康増進法（平成14年法律第103号）に定める基本方針及び都道府県健康増進計画
 - ⑤ 介護保険法（平成9年法律第123号）に定める基本指針及び都道府県介護保険事業支援計画
 - ⑥ 療養病床の再編成に当たり国が示す指針及びそれに沿って各都道府県で定める

構想等

- ⑦ 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画
- ⑧ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に定める医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画

4 医療計画の作成体制の整備

各種の調査及び医療計画の作成に当たっては、関係行政機関、医療関係団体等との協議の場を設けるなど関係者の十分な連携の下に進めることが望ましい。特に、4疾病及び5事業に係る医療連携体制については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されるよう配慮する。

なお、法第30条の9に基づき厚生労働省が予算の範囲内で補助することとしている医療提供体制推進事業費補助金（医療連携体制推進事業）については、前述のような体制整備に活用できるものである。

5 医療計画の名称等

都道府県における医療計画の名称は「〇〇県医療計画」とすることが望ましいが、法に基づく手続により作成され、法に基づく事項が記載されている計画であれば、例えば〇〇県保健医療計画のような名称のものであっても差し支えなく、又福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画であっても差し支えない。

6 医療計画の期間

医療計画の期間については、特段の定めはなく、適宜設定して差し支えないが、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。

なお、基準病床数に係る見直し時期と異なることにより不都合が生じるようであれば、適宜整合を図ることが望ましい。

第3 医療計画の内容

医療計画の内容は概ね次のようになると考えられるが、その構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、定めるものとする。

ただし、法第30条の4第2項において医療計画の記載事項とされているものについては、必ず記載するものとする。

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

(1) 医療計画作成の趣旨

医療計画に関する根拠法令と作成の趣旨を明示する。

(2) 基本理念

基本方針との整合性に留意の上、都道府県における基本的な理念を記載する。

(3) 医療計画の位置付け

保健、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画を作成している場合には、医療計画との関係を明示する。

(4) 医療計画の期間

計画の対象期間を記載する。

なお、基準病床数について計画全体と異なる期間を対象とする場合には、その期間を付記する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。その際、医療に関する事項のほか、公衆衛生、薬事及び社会福祉に関する事項並びに社会経済条件等に関する事項を記載することが考えられる。

参考として地域の現状に関する指標として考えられるものを次に示す。

(1) 地勢と交通

地域の特殊性、交通機関の状況、地理的状況、生活圏等

(2) 人口構造（その推移、将来推計を含む。）

人口、年齢三区人口、高齢化率、世帯数等

(3) 人口動態（その推移、将来推計を含む。）

出生数、死亡数、平均寿命等

(4) 住民の健康状況

生活習慣の状況、生活習慣病の有病者・予備群の数等

(5) 住民の受療状況

入院・外来患者数（流入、流出状況を含む。）、病床利用率、平均在院日数等

(6) 医療提供施設の状況

- ① 病院（施設数、病床種別ごとの病床数）
- ② 診療所（有床及び無床診療所、歯科診療所の施設数、有床診療所の病床数）
- ③ 調剤を実施する薬局
- ④ その他

3 疾病又は事業ごとの医療連携体制

疾病又は事業ごとの医療連携体制については、基本方針の「第4 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項」で示された方針に即して、かつ、患者や住民にわかりやすいように記載する。

具体的には、4 疾病及び5 事業のそれぞれについて、まず（1）必要となる医療機能を明らかにした上で、（2）原則、各医療機能を担う医療機関等の名称、（3）数値目標等を記載する。

また記載に当たっては（4）公的医療機関及び社会医療法人の役割、（5）薬局の役割にも留意する。

(1) 必要となる医療機能

例えば脳卒中中の急性期、回復期から維持期に至るまでの各病期において求められる医療機能を記載するなど、医療連携体制の構築に必要な医療機能を、4 疾病及び5 事業のそれぞれについて明らかにする。

(2) 医療機関等の具体的名称

前記（1）の各医療機能を担う医療機関等については、医療法第7条第3項に基づく医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第1条の14第7項の規定に留意しつつ、原則として名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合など、地域の実情に応じて記載することで差し支えない。

(3) 数値目標の設定

疾病又は事業ごとに、前記第2の3（4）に掲げる各計画等で定められた目標を勘案し、地域の実情に応じて、評価可能で具体的な数値目標を定め、記載する。

(4) 公的医療機関及び社会医療法人の役割

公的病院等（平成15年4月24日医政発第0424005号医政局長通知「地域における公的病院等を含めた医療機関の機能分担と連携の確保への協力依頼について」別添2に記載する病院をいう。以下同じ。）の役割や公的病院等と民間医療機関との役割分担を踏まえ、医療提供施設相互間の機能分担及び業務連携を記載する。

特に、公立病院等公的医療機関については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第30条の4第2項第5号イからへまでに規定する救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにする。

なお、今後、総務省が公表する「公立病院改革ガイドライン」を十分勘案し、公立病院に係る再編・ネットワーク化等との整合性を図るものとする。

また、社会医療法人については、救急医療等確保事業において積極的な役割を図ることとしていることから、認定を受けた事業全てにおいて社会医療法人であることを明確にすることが重要である。

(5) 薬局の役割

薬局については、医療提供施設として、4疾病及び5事業に係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割を担うことが求められる。また、都道府県においては、医療機関と調剤を実施する薬局の医療機能の分担及び業務の連携によって時間外においても対応できることなどを医療計画に記載することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5事業以外で都道府県における疾病の発生の状況等に照らして、都道府県知事が特に必要と認める医療について明記する。

5 居宅等における医療

居宅等における医療（以下、「在宅医療」という。）は、治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態にあっても居宅等の生活の場で必要な医療を受けられるように、医師が居宅等を訪問して看取りまで含めた医療を提供するものである。

都道府県は、法第30条4第2項第6号の規定に基づく在宅医療の確保を図るため、関係者による協議の場を設け、次に掲げる事項について検討の上、計画に記載する。

記載に当たっては、地域においてどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、

薬局等が、どのような連携体制により在宅医療の機能を担っているのか、住民や患者、医療関係者に分かりやすく理解できるように記載することが重要である。

また、地域ケア体制整備構想との整合性を図ることも重要である。

- (1) 入院又は通院医療を担う医療機関と、在宅医療を担う医療機関との適切な役割分担及び連携の体制
- (2) 重症患者であっても、最期まで居宅等生活の場で暮らし続けたいと希望する者が、在宅医療を受けられる医療及び介護の体制
- (3) 地域における在宅医療機能の底上げを図るための、在宅医療に関する研修の実施体制
- (4) 前記(1)から(3)までの体制において在宅医療を担う医療機関にかかる、その名称の計画への原則記載
- (5) 在宅医療の確保について、その進捗状況を評価するための情報の収集、指標の設定及び評価の体制

6 医療従事者の確保

医療従事者の確保に関する事項については、医療連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になること及び都道府県が中心となって医師を地域の医療機関へ派遣する仕組みの再構築が求められていることを踏まえ、法第30条の12第1項の規定に基づく医療従事者の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるための協議会(以下「地域医療対策協議会」という。)を開催し、当該協議会において決定した具体的な施策を記載する。

特に、「第10次へき地保健医療計画等の策定について」(平成18年5月16日医政発第0516001号医政局長通知)に基づき策定する「医師をはじめとした医療従事者の確保を必要とする地域への対応方針」を医療計画に反映させることに留意する。

また、記載に当たっては、医療従事者の資質向上に関する事項を含め、医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

- (1) 地域医療対策協議会の取組
 - ① 地域医療対策協議会の開催経過
 - ② 地域医療対策協議会の定めた施策

(2) 各職種の現状及び目標

- ① 医師
- ② 歯科医師
- ③ 薬剤師
- ④ 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
- ⑤ その他の保健医療従事者

診療放射線技師、臨床検査技師・衛生検査技師、理学療法士・作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士等

- ⑥ 介護サービス従事者

7 医療の安全の確保

医療提供施設及び医療安全支援センターの現状及び目標について記載する。

(1) 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標

- ① 病院、診療所及び歯科診療所ごとの医療機関数に対する医療安全管理者を配置している医療機関数の割合
- ② 病院の総数に対する専任の医療安全管理者を配置している病院数の割合
- ③ 病院、診療所及び歯科診療所ごとの医療機関数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療機関数の割合

(2) 医療安全支援センターの現状及び目標

記載に当たっては、平成19年3月30日医政発第0330036号医政局長通知「医療安全支援センターの実施について」を参考に、次の事項について記載すること。

- ① 二次医療圏の総数に対する医療安全支援センターを設置している二次医療圏数の割合
- ② 相談職員（常勤換算）の配置数
- ③ ホームページ、広報等による都道府県、二次医療圏及び保健所設置市又は特別区における医療安全支援センターの活動状況に関する情報提供の状況
- ④ 都道府県、二次医療圏、保健所における医療安全推進協議会の設置状況

8 医療提供施設の整備の目標

(1) 地域医療支援病院の整備の目標

地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医（歯科医）等を支援する能力を備える病院である。

かかりつけ医（歯科医）等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、次の機能及び地域の実情を考慮し検討を行う。

- ① かかりつけ医（歯科医）等からの紹介等、病診連携体制
- ② 共同利用の状況
- ③ 救急医療体制
- ④ 医療従事者に対する生涯教育等、その資質向上を図るための研修体制

その結果を踏まえ、必要に応じて地域医療支援病院の整備目標（例えば二次医療圏ごとに整備する等）を設定する。

なお、地域医療支援病院を整備しない二次医療圏にあつては、医療機関相互の機能分担及び業務連携等の充実を図ることが重要である。

（２）その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標

疾病又は事業ごとに医療機能に関する調査を行い、必要に応じてその整備の目標を設定する。

その手順については次の①及び②を参考にされたい。また、③及び④で示すように医療提供施設に対する情報提供を行うことも必要である。

なお、４疾病及び５事業の医療連携体制に係る医療提供施設の整備の目標については、前記「３ 疾病又は事業ごとの医療体制」において、疾病又は事業ごとに記載する。

- ① 疾病又は事業ごとの医療圏において、都道府県が必要とする医療機能について、当該機能を有する各医療提供施設の施設、設備、症例数、平均在院日数、紹介先とその件数、院外処方せん発行率、処方せん受け取り枚数及び専門職員数等の実態調査を行う。なお、これらの調査については医療計画の見直し時期にとらわれることなく、定期的に行うことが望ましい。
- ② 前述の調査に基づき医療機能の整備の必要性を検証し、不足している医療機能については、その整備の方法及び整備の目標等について記載する。
- ③ また、これらの実態調査に基づき得られた各医療提供施設の医療機能に関する情報（施設、設備、症例数、平均在院日数、紹介先とその件数、院外処方せん発行率、処方せん受け取り枚数及び専門職員数等）を各医療提供施設に提供する。
- ④ 都道府県が必要とする医療機能が、各医療圏内にない場合、当該医療機能を有する医療提供施設に関する情報を収集し、その情報を圏内の各医療提供施設に提供する。

(1) 療養病床及び一般病床

療養病床及び一般病床に係る基準病床数については、二次医療圏ごとに、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。）第30条の30に規定する算定式に基づいて算定する。

(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床

精神病床に係る基準病床数、結核病床に係る基準病床数及び感染症病床に係る基準病床数については、都道府県の区域ごとに、規則第30条の30に規定する算定式に基づいて算定する。

(3) 基準病床数の算定の特例

各区域の急激な人口の増加が見込まれること等、医療法施行令（昭和23年政令第326号）第5条の3で定める事情があるときは、都道府県知事が厚生労働大臣と協議の上算定する数を基準病床数とすること等ができる。

(4) 都道府県知事の勧告

(1) から (3) まではにより基準病床数が算定された後は、各区域において病院の開設、病床数の増加若しくは病床の種別の変更、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請（以下「許可申請等」という。）があった場合において、当該区域の既存病床数が基準病床数を超過している場合又は許可申請等により病床数が基準病床数を超過することになる場合には、法第30条の11に基づく都道府県知事の勧告（当該病院等が法第7条の2第1項各号に掲げられている者が開設等する公的性格を有する病院等であれば法第7条の2第1項に基づく不許可処分）の対象となり得る。

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

4 疾病及び5 事業以外で都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認める医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

(1) 精神保健医療対策

- ① 精神科医療に係る各医療提供施設の役割
- ② 精神科救急医療（重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を有する医療機関の整備や他科診療科との連携による身体合併症治療体制の整備等）
- ③ うつ病対策（性別や児童、労働者、高齢者、産後等のライフステージ別の相談・治療体制、一般医療機関と精神科医療機関の連携体制、地域における理解の促進等）に関する取組
- ④ 精神障害者の退院の促進に関する取組
- ⑤ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律

(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号等に基づく決定を受けた者に対する医療の確保、社会復帰支援等(指定医療機関の整備、保護観察所との協力体制等)に関する取組

(2) 障害保健対策

障害者(高次脳機能障害者、発達障害者を含む。)に対する医療の確保等(都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組

(3) 認知症対策

- ① 鑑別診断、急性期症状等に対応するための医療体制
- ② かかりつけ医と鑑別診断等を行う専門医療機関との連携体制

(4) 結核・感染症対策

- ① 結核対策、感染症対策に係る各医療提供施設の役割
- ② インフルエンザ、エイズ、肝炎などの取組

(5) 臓器移植対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(6) 難病等対策

- ① 難病、リウマチ、アレルギーなどの都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(7) 歯科保健医療対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(8) 血液の確保・適正使用対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(9) 医薬品等の適正使用対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先
- ③ 治験の実施状況や医薬品提供体制

(10) 医療に関する情報化

医療提供施設の情報システム(電子レセプト、カルテ、地域連携クリティカルパス等)の普及状況と取組

(11) 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組

地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。

このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する。

なお、医療と密接に関連を有する施策としては、前記第2の3（4）に掲げる計画等が求められている

11 事業の評価及び見直し

事業の実施状況については、都道府県は、設定した数値目標等を基に、事業の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。

法第30条の6に基づいて行う事業の評価及び見直しについては、例えば次に掲げる項目をあらかじめ医療計画に記載する。

- (1) 事業の目標等
4 疾病及び5 事業の医療連携体制に係る数値目標等
- (2) 推進体制と役割
事業の目標を達成するための推進体制及び関係者の責務と役割
- (3) 目標の達成に要する期間
- (4) 目標を達成するための方策
- (5) 評価及び見直し
- (6) 進捗状況及び評価結果の広報・周知方法

第4 医療計画作成の手順等

都道府県が医療計画を作成する際、技術的見地からみて全国に共通すると考えられる手順等を参考までに示す。

1 医療計画作成手順の概要

医療計画の作成等に当たっては、概ね次の手順が考えられる。

- (1) 医療計画（案）を作成するための体制の整備
- (2) 医療計画の目的、基本理念についての検討及び医療計画の基本骨子についての検討
- (3) 地域医療の現状分析等に係るデータの収集、調査の実施及び将来予測の検討
- (4) 疾病又は事業ごとの医療連携体制を構築するための具体的方策についての検討及び整備目標等の検討
- (5) 疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築

- (6) 医療圏及び基準病床数の検討
- (7) 以上の検討を踏まえた医療計画（試案）の作成
- (8) 診療又は調剤に関する学識経験者の団体（医師会、歯科医師会及び薬剤師会）から医療計画（試案）についての意見の聴取（必要に応じ試案の手直し）
- (9) 医療計画（案）の決定
- (10) 医療計画（案）についての市町村の意見聴取（必要に応じ医療計画（案）の手直し）
- (11) 医療計画（案）について都道府県医療審議会への諮問、答申
- (12) 医療計画の決定
- (13) 医療計画の厚生労働大臣への提出及び公示

2 疾病又は事業ごとの医療連携体制構築の手順

(1) 情報の収集

都道府県は、医療連携体制を構築するにあたって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

これらの情報には、次に掲げる既存の統計・調査から得られる情報のほか、関係団体や住民に対するアンケート調査やヒアリング等で得られる情報がある。既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、積極的に新たな調査を行うことが重要である。

- ① 人口動態統計
- ② 国民生活基礎調査
- ③ 学校保健統計
- ④ 患者調査
- ⑤ 国民健康・栄養調査、保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）
- ⑥ 保健福祉動向調査
- ⑦ 介護保険事業状況報告
- ⑧ 医療施設調査
- ⑨ 病院報告
- ⑩ 薬事関係業態数調

(2) 協議の場の設置

都道府県は、医療審議会もしくは医療対策協議会の下に、4 疾病及び5 事業それぞれの医療体制を構築するため、疾病又は事業ごとに協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。また必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。

作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であ

る。

① 作業部会

ア 構成

作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば次に掲げる者を代表する者により構成する。

- (ア) 地域医師会等の医療関係団体
- (イ) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者
- (ウ) 介護保険法に規定するサービス事業者
- (エ) 医療・介護サービスを受ける住民・患者
- (オ) 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村
- (カ) 学識経験者
- (キ) 上記（ア）から（カ）までの他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

イ 内容

作業部会は、下記の事項について協議する。

(ア) 地域の医療資源の把握

医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。特に4疾病については、まずは二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。

(イ) 圏域の設定

上記（ア）に基づき、圏域を検討・設定する。この場合、各疾病及び事業に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(ウ) 数値目標の検討

地域の実情に応じて数値目標を定める。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画等に定められた目標等を勘案するものとする。

② 圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互また

は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

ア 構成

各医療機能を担う全ての関係者

イ 内容

下記の（ア）から（ウ）について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

（ア）医療連携の必要性について認識の共有

（イ）医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

（ウ）当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

（３）住民・患者の意見の反映

都道府県は、住民へのアンケート調査やヒアリング、作業部会への参加、医療計画のパブリックコメントの実施等により、住民・患者の意見を医療体制構築に反映させることが重要である。

（４）医療計画への記載

都道府県は、前記第３の３に示すとおり、医療機能ごとに、目標、医療機関に求められる体制、数値目標等を医療計画に記載する。

また、原則として各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

（５）変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、医療審議会の議をその都度経なくてもすむように、医療機関の変更に伴う手続をあらかじめ定めておく必要がある。

3 医療圏の設定方法

- （１）基準病床数の算定における医療圏設定については、規則で定める標準に準拠するため、従来の取扱に変更はないが、疾病又は事業ごとの医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(2) 基準病床数の算定における二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療（法第30条の4第2項第11号に規定する区域（以下「三次医療圏」という。）で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として認定することとなるが、その際に参考となる事項を次に示す。

① 人口構造、受療の状況、医療提供施設の分布など、健康に関する需要と保健医療の供給に関する基礎的事項については、市町村単位で地図上に表示することなどを検討する。なお、患者の受療状況の把握については統計学的に有意な方法による諸調査を実施することが望ましい。

② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とする。

(3) 三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。

また、一般的に三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられる。

- ① 経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

(4) 都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。

なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じ厚生労働省にも連絡されたい。

4 基準病床数の算定方法

(1) 基準病床数の算定方法

基準病床数の算定は、規則で定める標準に準拠し、次に掲げる方式によること。

- ① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数と、イの算定式により算出した数に、ウの式により算定した数を加えた数の合計数を標準とする。

ア 療養病床

$$\left\{ \left(\begin{array}{c} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{人口} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{入院・入所需要率} \end{array} \right) \text{の総和} - \left(\begin{array}{c} \text{介護施設} \\ \text{で対応可} \\ \text{能な数} \end{array} \right) \right. \\ \left. + \left(\begin{array}{c} 0 \sim \text{当該区域への他区域} \\ \text{からの流入入院患者数の} \\ \text{範囲内で知事が定める数} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} 0 \sim \text{当該区域から他区域} \\ \text{への流出入院患者数の範} \\ \text{囲内で知事が定める数} \end{array} \right) \right\} \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

ただし、上記算定式により二次医療圏ごとに算定した数の都道府県における合計数は、

$$\left\{ \left(\begin{array}{c} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{人口} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{入院・入所需要率} \end{array} \right) \text{の総和} - \left(\begin{array}{c} \text{介護施設} \\ \text{で対応可} \\ \text{能な数} \end{array} \right) \right\} \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

により二次医療圏ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

イ 一般病床

$$\left\{ \left(\begin{array}{c} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{人口} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{退院率} \end{array} \right) \text{の総和} \times \text{平均在院日数} \right. \\ \left. + \left(\begin{array}{c} 0 \sim \text{当該区域への他区域} \\ \text{からの流入入院患者数の} \\ \text{範囲内で知事が定める数} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} 0 \sim \text{当該区域から他区域} \\ \text{への流出入院患者数の範} \\ \text{囲内で知事が定める数} \end{array} \right) \right\} \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

ただし、上記算定式により二次医療圏ごとに算定した数の都道府県における合計数は、

$$\left(\begin{array}{c} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{人口} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{退院率} \end{array} \right) \text{の総和} \times \text{平均在院日数} \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

により二次医療圏ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

ウ 基準病床数の加算部分

なお、当該都道府県において、都道府県外への流出入院患者数が都道府県内への流入入院患者数よりも多い場合は、

$$\left\{ \begin{array}{c} \text{都道府県外への} \\ \text{流出入院患者数} \end{array} \right\} - \left\{ \begin{array}{c} \text{都道府県内への} \\ \text{流入入院患者数} \end{array} \right\} \times \frac{1}{3}$$

で得られた流出超過加算数を限度として適当と認める数を各二次医療圏の基準病床数に加えることができる。

(注1)「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最近のものによることとする。

(注2)「年齢階級」とは、5歳ごとの年齢による階級である。

(注3)「当該区域の性別及び年齢階級別入院・入所需要率」とは、厚生労働大臣が定める在宅以外の長期療養に係る医療又は介護を必要とする者の性別及び年齢階級別の入院・入所需要率を上限として、都道府県知事が当該区域の状況を勘案して定める値とする。

(注4)「介護施設で対応可能な数」とは、介護施設（介護療養型医療施設を除く。）に入所している者の実数に都道府県知事が今後の介護サービスの進展を考慮した数を加えた数をいう。

(注5)「当該区域の性別及び年齢階級別退院率」とは、地方ブロックの性別及び年齢階級別の退院率をいう。

(注6)「入院・入所需要率」、「退院率」、「病床利用率」及び「平均在院日数」として使用する（参考とする）数値については、医療法第30条の3第2項第3号の療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等を定める件（昭和61年厚生省告示第165号）により定められている。

(注7)各区域における流入入院患者数については、都道府県知事が当該区域における医療の確保のために必要と認める事情があるときは、当該区域ごとの数を超えて、当該事情を勘案した数を加えることができる。

(注8)各区域における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

(備考)「地方ブロック」とは、以下の9ブロックをいう。

ブロック名	都道府県名
北海道	北海道
東北	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
関東	茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野
北陸	富山、石川、福井
東海	岐阜、静岡、愛知、三重
近畿	滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山
中国	鳥取、島根、岡山、広島、山口
四国	徳島、香川、愛媛、高知
九州	福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄

- ② 精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により算出した数を標準とする。

ただし、算定式中「入院率」、「病床利用率」及び「入院患者数」は、それぞれ「精神病床に係る入院率」、「精神病床利用率」及び「精神病床入院患者数」と読み替えて適用する。

$$\begin{aligned}
 & \left\{ \left(\text{当該都道府県の年齢階級別人口} \right) \times \left(\text{当該都道府県の年齢階級別新規入院率} \right) \right\} \text{の総和} + \left\{ \text{当該都道府県への他都道府県からの流入入院患者数} \right\} - \left\{ \text{当該都道府県から他都道府県への流出入院数} \right\} \\
 & \times \text{平均残存率} \times \frac{1}{\text{入院期間が1年未満である者に係る病床利用率}} \\
 & + \left\{ \left(\text{当該都道府県における入院期間が1年以上である年齢階級別入院患者数} \right) \times (1 - \text{退院率}) \right\} \text{の総和} + \left\{ \text{当該年において入院期間が1年に達した入院患者数} \right\} - \left\{ \text{長期入院患者退院促進目標数} \right\} \\
 & \times \frac{1}{\text{入院期間が1年以上である者に係る病床利用率}}
 \end{aligned}$$

この場合において、都道府県知事は当該都道府県に所在する病院の入院患者のうち当該都道府県に住所を有する者の数が、

$$\left(\text{当該都道府県の年齢階級別人口} \right) \times \left(\text{当該都道府県の年齢階級別入院率} \right) \text{の総和}$$

により算定される数を下回っている都道府県については、

$$(\text{他の都道府県への流出入院患者数}) \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

で得られた数の3分の1を限度として適当と認められる数をその都道府県における前記の算定式により算定した基準病床数に加えることができる。

(注1)「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最近のものによることとする。

(注2)「年齢階級」とは、20歳未満、20歳以上40歳未満、40歳以上65歳未満、65歳以上の年齢による階級とする。

(注3)「平均残存率」とは、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値とする。ただし、アの値がイの値を下回る都道府県にあっては、アの値とする。

- ア 当該都道府県の平均残存率
- イ 全国の平均残存率の目標値

なお、ア及びイの値として使用する数値については、医療法第30条の3第2項第3号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等を定める件（平成18年厚生労働省告示第161号。以下「精神病床算定告示」という。）により定められている。

(注4)「退院率」とは、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値とする。ただし、アの値がイの値を上回る都道府県にあっては、アの値とする。

- ア 当該都道府県の入院期間が1年以上である入院患者の年齢階級別年間退院率
- イ 全国の退院率の目標値

なお、ア及びイの値として使用する数値については、精神病床算定告示により定められている。

(注5)「当該都道府県の年齢階級別新規入院率」、「入院期間が1年未満である者に係る病床利用率」、「長期入院患者退院促進目標数」、「入院期間が1年以上である者に係る病床利用率」、「当該都道府県の年齢階級別入院率」、「病床利用率」と

して使用する数値については、精神病床算定告示により定められている。

(注6) 各都道府県における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

- ③ 結核病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数とする。

なお、基準病床数の算定に当たっては、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」(平成17年7月19日健感発第0719001号健康局結核感染症課長通知)を参照すること。

- ④ 感染症病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第38条第1項の規定に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として都道府県知事が定める数とする。

(2) 基準病床数の算定の特例

医療計画作成時に次のような事情があるため、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができる。

- ① 急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合
- ② 特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合
- ③ 高度の医療を提供する能力を有する病院が集中している場合
- ④ 基準病床数に係る特例の対象となる病床以外で、医学・医術の進歩に伴い特殊病床が必要と考えられる場合
- ⑤ その他当該区域において準ずる事情がある場合

第5 医療計画の推進等

1 医療計画の推進体制

医療計画の推進体制については、第4の2(2)に定める協議の場を設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

そのため、第3の11に示すとおり、事業の目標、推進体制、推進方策、評価・見直し方法等を計画においてあらかじめ明らかにした上で、少なくとも5年ごとに、事業の達成状況について調査、分析及び評価を行い、必要があるときは計画を変更する。

第6 医療計画に係る報告等

各都道府県の実情を把握し適正な医療計画の推進に資するため、法第30条の4第12項の規定に基づく医療計画の厚生労働大臣への報告については、次のとおり取り扱う。

1 医療計画の厚生労働大臣への報告

(1) 報告事項

- ① 医療計画及びその概要並びに付属資料
- ② 公示の方法（都道府県の公報の写し等を添付）
- ③ 原案作成年月日、市町村からの意見聴取年月日、医療審議会への諮問年月日及び答申年月日、公示年月日

(2) 提出部数 5部

(3) 報告時期

医療計画及びその概要並びに付属資料は公示前とし、その他の印刷物がある場合は公示後速やかに報告するものとする。

なお、例えば疾病又は事業ごとの医療連携体制において、医療機能を担う医療機関の記載を変更した場合など、法第30条の6の規定に基づかない計画変更の場合には、報告の対象としないこととする。

2 医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況の報告

(1) 報告事項……………別紙様式3

開設者氏名、病院所在地、開設等申請年月日、申請病床数、申請病床の種別、勧告年月日、医療審議会の意見、勧告に対する申請者の対応、その他参考事項

(2) 提出部数 4部

(3) 報告時期

勧告の行った日の属する月の翌月の10日までとする。ただし、「勧告に対する申請者の対応」が相当遅れる場合は、当該部分のみ後日報告するものとする。

(別紙様式 1)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第5項の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第5項の規定による病床数の加算について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

1 加算すべき病床数		2 加算する病床の種別	
3 加算する地域			
4 加算を必要とする理由			
5 加算しようとする病床数の算定根拠			
6 関係医療施設の現況と計画			
7 備 考			

記載上の注意

「4 加算を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第6項（又は第7項）の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第6項（又は第7項）の規定による病床数の特例について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

1 特例とすべき病床数		2 特例とする病床の種別	
3 特例とする地域			
4 特例を必要とする理由			
5 特例としようとする病床数の算定根拠			
6 関係医療施設の現状と計画			
7 備 考			

記載上の注意

「4 特例を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況報告

病 院 名			
開 設 者 氏 名			
病 院 所 在 地			
開設等申請年月日			
申 請 病 床 数		申請病床の種別	
勧 告 年 月 日			
医療審議会の意見			
勧告に対する 申請者の対応			
その他参考事項			

平成23年2月7日

在宅医療の推進に向けた意見の提出依頼への対応方針（案）

- 1月28日 厚生労働省による次期医療計画の策定に係る「在宅医療の推進に向けた意見募集」の国立長寿医療研究センター宛依頼文收受。
- 2月 7日 在宅医療推進会議において、以下の方針を検討・決定いただく。
（本日）
- ①「在宅医療の推進に向けた基本的考え方」（以下「基本的考え方」という。）の取りまとめ、これを元にしたセンターによる意見の提出。
 - ②推進会議関係部会（人材育成、能力開発、連携等）及びセンター事務局による「基本的考え方」案案の作成。
- ～ 18日 推進会議の各構成員から情報提供、意見等の提出をいただく。
（案案作成に当たり盛り込むべき項目、内容、留意点等）
- ～ 27日 意見等を集約、調整し「基本的考え方」を取りまとめ、推進会議の報告とする。
- 28日 「基本的考え方」報告を元に、「在宅医療の推進に向けた意見」を推進会議における検討経過等と共に、センター総長から厚生労働省に提出。

参考：

「在宅医療の推進に向けた基本的考え方」（検討骨格案）

（前文）

○医療供給の現状

- ・我が国の在宅医療の需要、患者・家族の潜在的ニーズ大、が、供給の伸び停滞
- ・高齢者 QOL 向上を目指した的確な在宅医療供給により需給 gap 解消を図る必要

○在宅医療の意義

- ・地域に暮らす高齢者：高齢期を安心して住みなれた場所で生活し、人生の終局では本人・家族の希望等に応じた真に質の高いケア・支援を享受し、介護等のサービスの提供体制と一体で、穏やかな死を迎えることを可能にする医療
- ・病態に適した円滑なケア：患者ニーズに適した満足度の高い効率的な医療資源利用
- [・障害者、小児、難病患者：
日常、地域で家族等と生活する上で不可欠]

（本文）

○構成及び大項目レベル

- I 現状：需要と供給体制を概観・整理
- II 在宅医療体制の構築の在り方：在宅医療への取組み姿勢、医療連携、介護サービスと医療の連携の在り方を提示
- III 地域医療計画が作成される上で留意すべき事項：
 - ・構築に必要なと考えられる地域の現状把握・分析、必要な医療機能及び介護サービス等の提供体制に対する理解
 - ・地域の実情に応じた圏域を設定、圏域ごとの在宅医療に係る医療資源と、医療機関間、介護サービスとの連携及び調整の方法の検討
 - ・評価の実施と改善推進のための目標設定、指標値の設定

○中項目レベルと内容

I 現状

1 取り巻く状況

在宅患者数

在宅医療の意向

患者の種類ごとのニーズ

高齢患者の増加と在宅医療ニーズ

認知症に係る在宅医療の動向

2 供給体制

往診、訪問診療

24時間365日のサービス供給体制

医療機関の連携・救急医療機関等によるバックアップ体制

在宅療養支援診療所、在宅歯科療養支援診療所

在宅療養支援病院

訪問看護ステーション、薬局

地域包括支援センター

認知症疾患医療センター

介護サービスとの連携・調整

在宅における看取り

緩和ケア

Ⅱ 在宅医療体制の構築

1 目指すべき方向

- (1) 24時間365日、患者の生活の視点に立った医療
- (2) 適切な相談窓口・情報提供体制
- (3) 患者の重症度に応じた振り分け、紹介
- (4) 疾患に応じた緊急時、急性増悪の対応
- (5) レスパイトケア、終末期ケアの医療体制
- (6) 緩和ケア
- (7) 認知症ケア
- (8) 在宅医療への円滑な移行
- (9) 介護サービスと一体となった医療

2 各機能の充実・能力強化

(1) 量的充実

人、医療施設、病床確保、訪問看護ステーション、認知症対応、調整機能

(2) 質的充実

人材育成（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等）

(3) 多職種協働体制

(4) 医療圏、市町村レベルでの連携・支援体制

(5) 相談・調整機能

Ⅲ 構築手順

1 情報収集

患者ニーズ・動向

往診、訪問、高齢者は介護情報から得られる疾病情報、障害者、難病、小児

医療資源 専門医療機関、対応可能医療機関、支援関係機関

連携体制 在宅支援に利用できる病床数、

疾患毎、レスパイト、急性増悪時、終末期

連絡・連携体制、情報共有体制

来院手段、介助の必要性

指標による把握

構造 (structure)

過程 (process)

結果 (outcome) 指標 (看取り率、在宅死亡等) による把握

2 機能の明確化及び圏域設定

24時間365日の対応を制約された医療資源の中で、様々な供給主体が協力して、効率的に供給できるよう、全関係団体の参画（協議会等）により検討する。

3 円滑な連携、教育研修（人材育成）の検討・推進及び計画への記載

4 数値目標と評価

再入院率

在宅死亡、看取り率（数）

終末期における在宅期間

認知症患者入院期間等

第15回社会保障審議会医療部会資料
(平成22年12月22日)

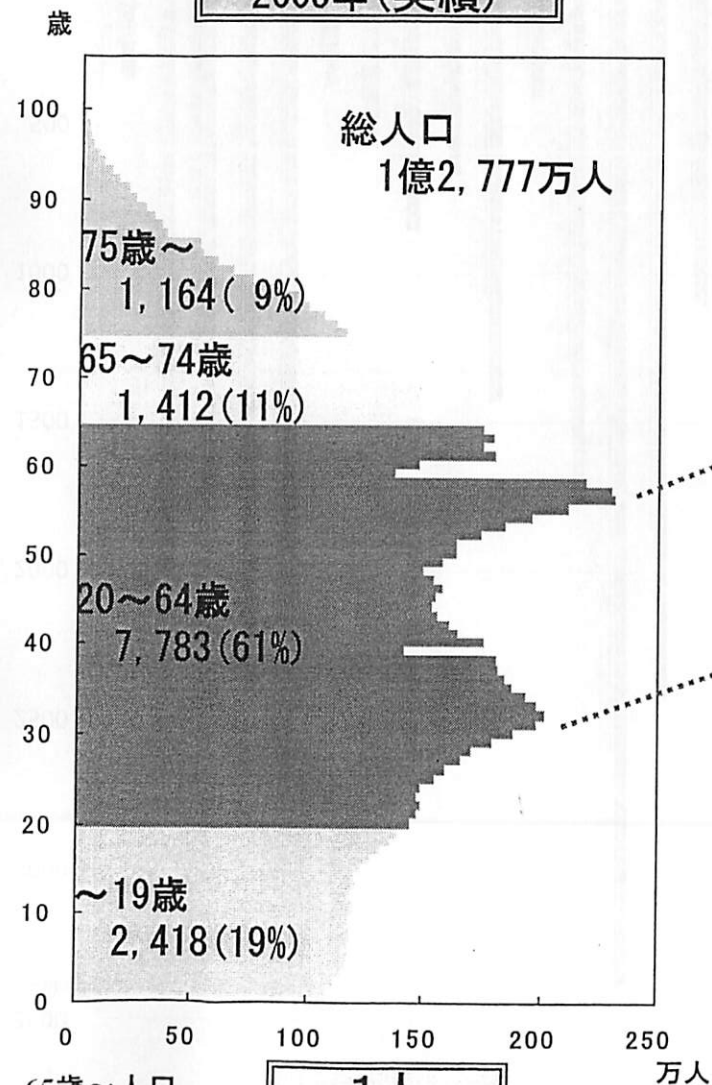
在宅医療について

＜在宅医療を取り巻く現状＞

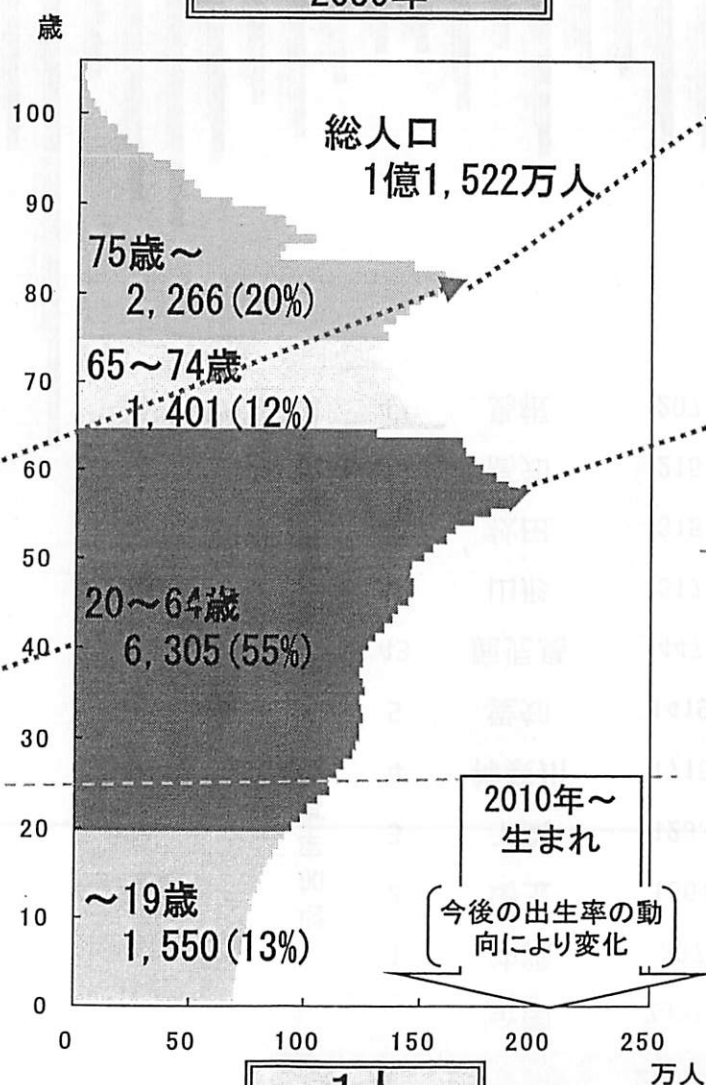
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

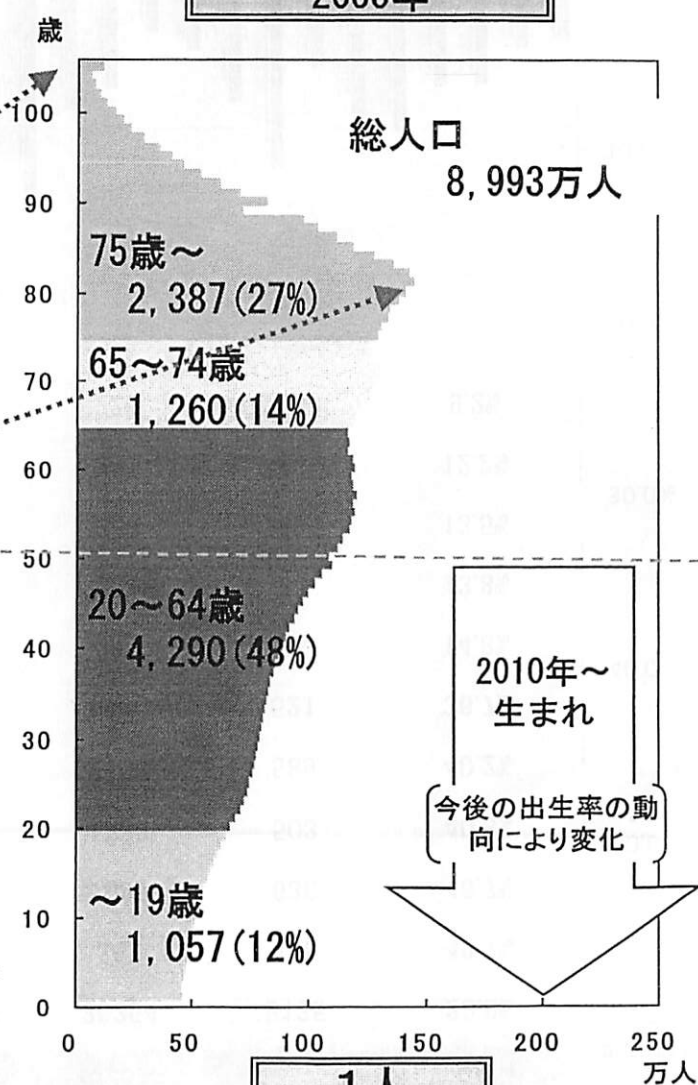
2005年(実績)



2030年



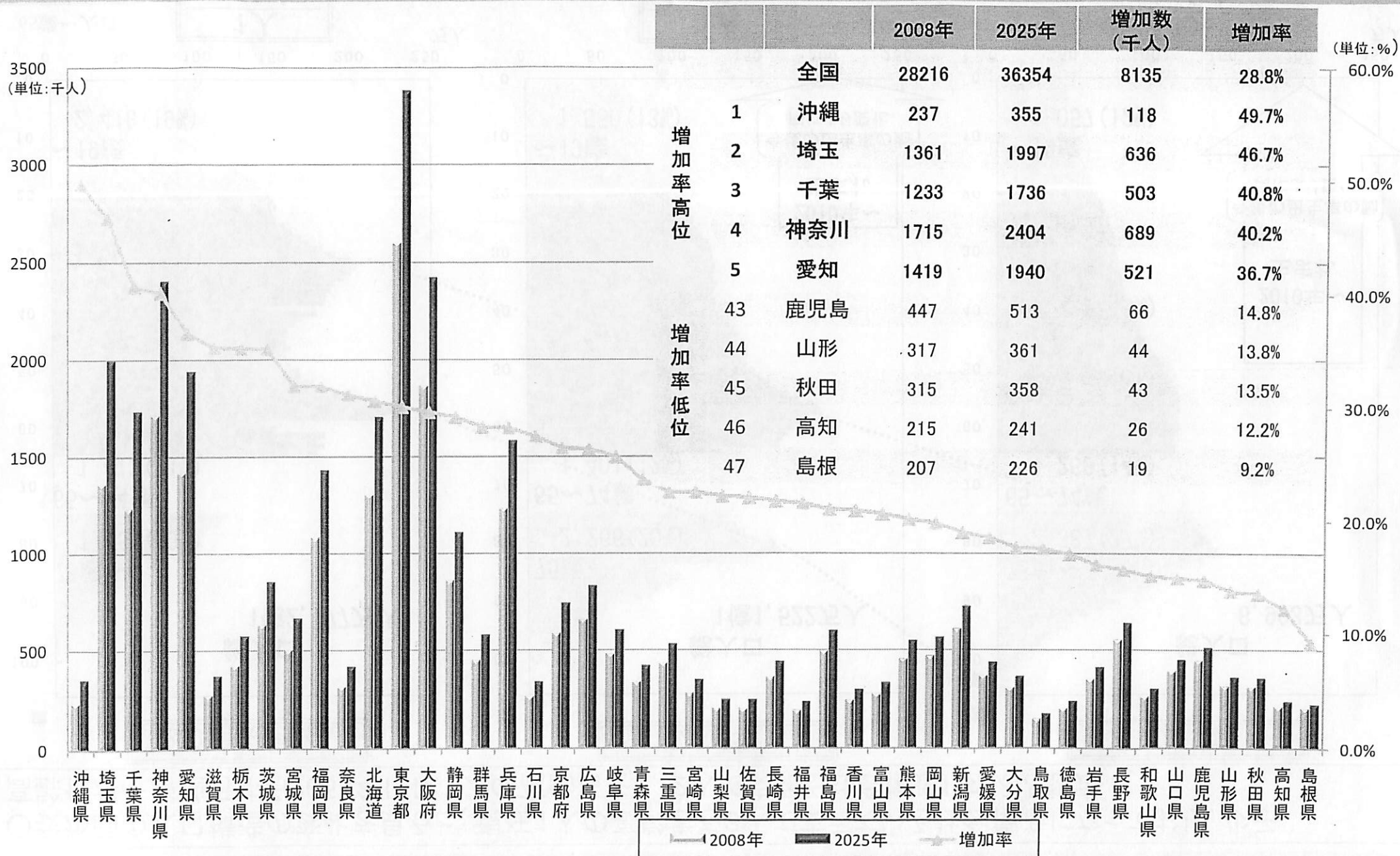
2055年



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(平成18年12月推計) (出生中位・死亡中位)

都道府県別の65歳以上人口の増加率



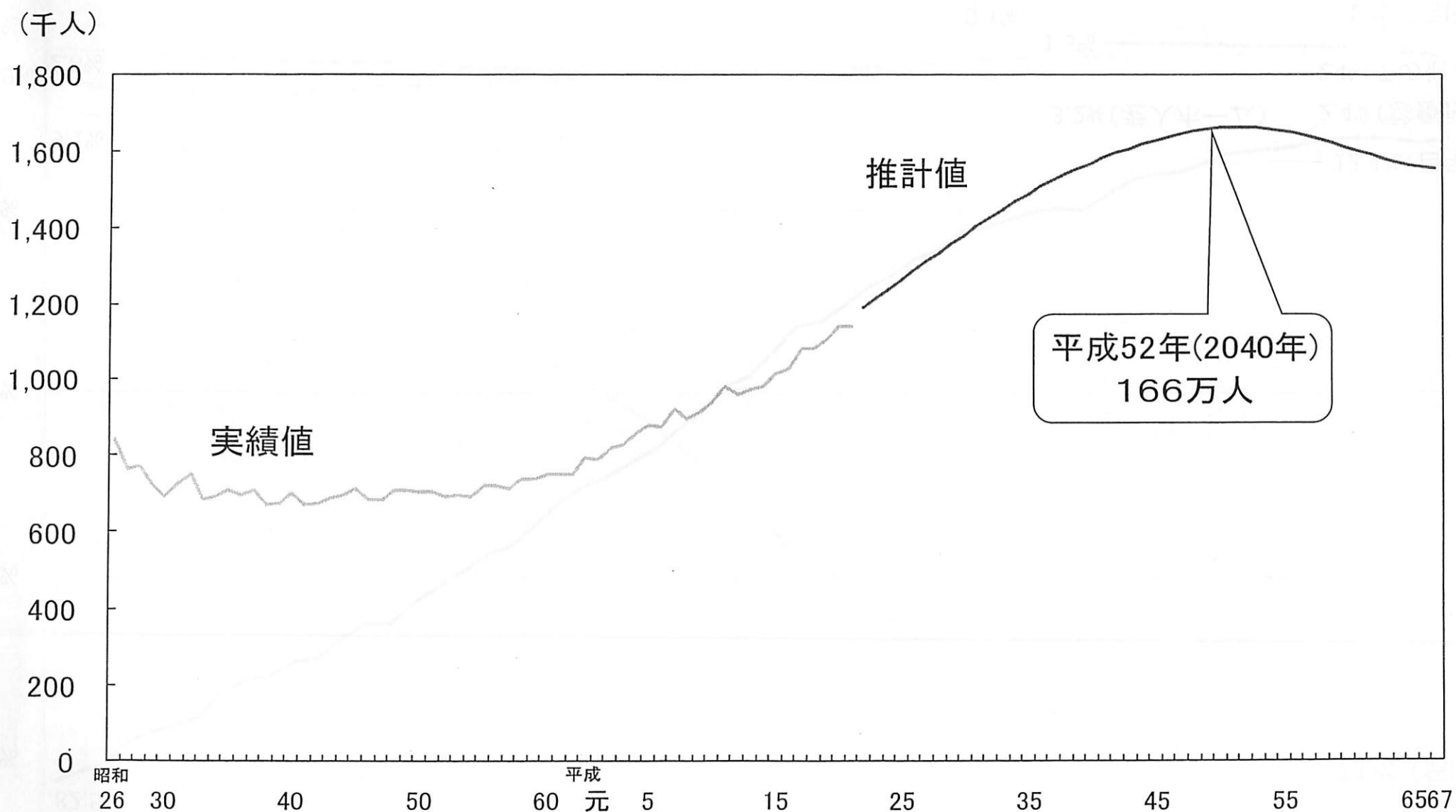
65歳以上人口増加率

高

低

出典) 2008年データ「総務省統計局 人口推計年報」、2025年データ「国立社会保障・人口問題研究所 日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」をもとに、厚生労働省にて作成

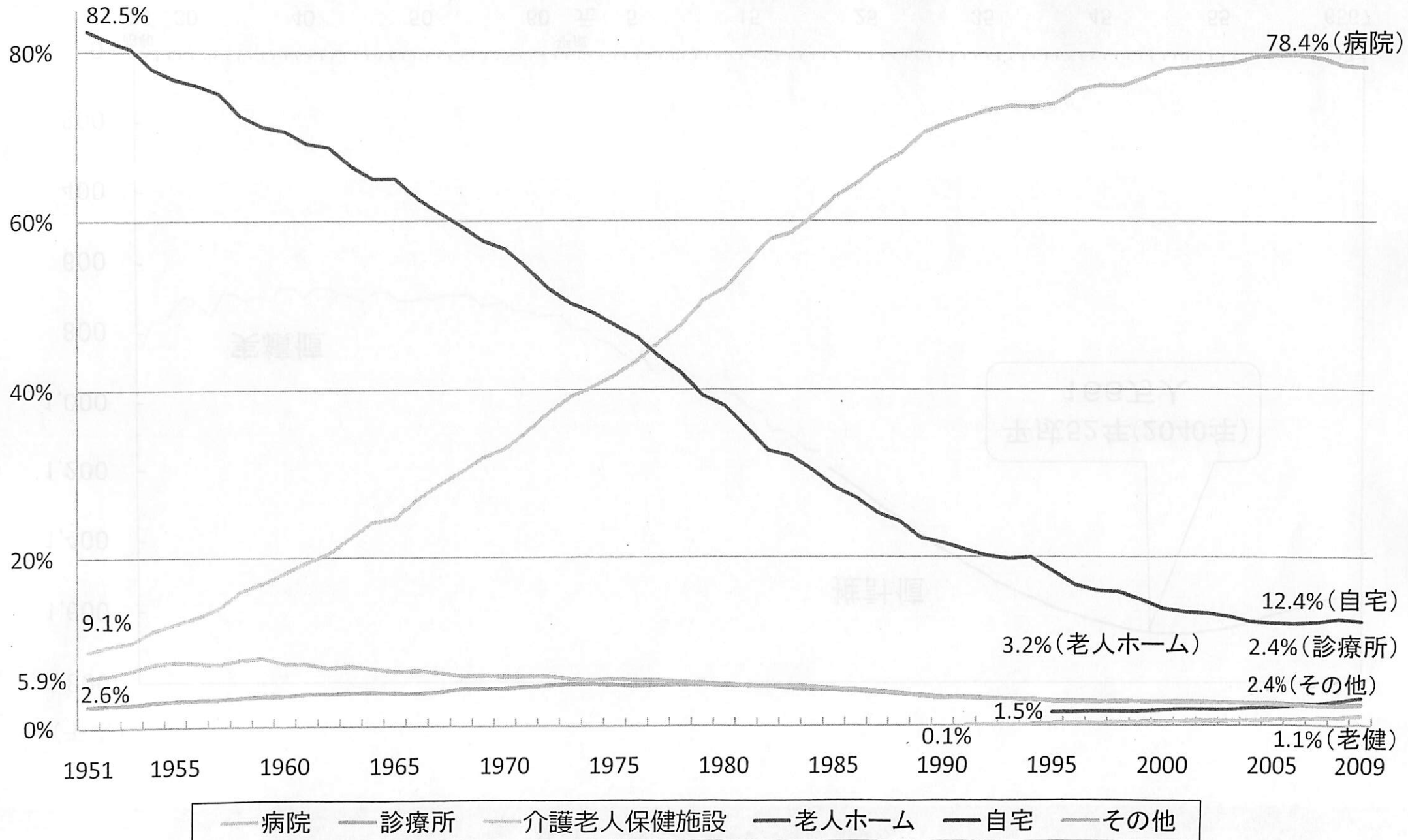
死亡数の年次推移



出典) 平成21年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成22年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

死亡場所の推移

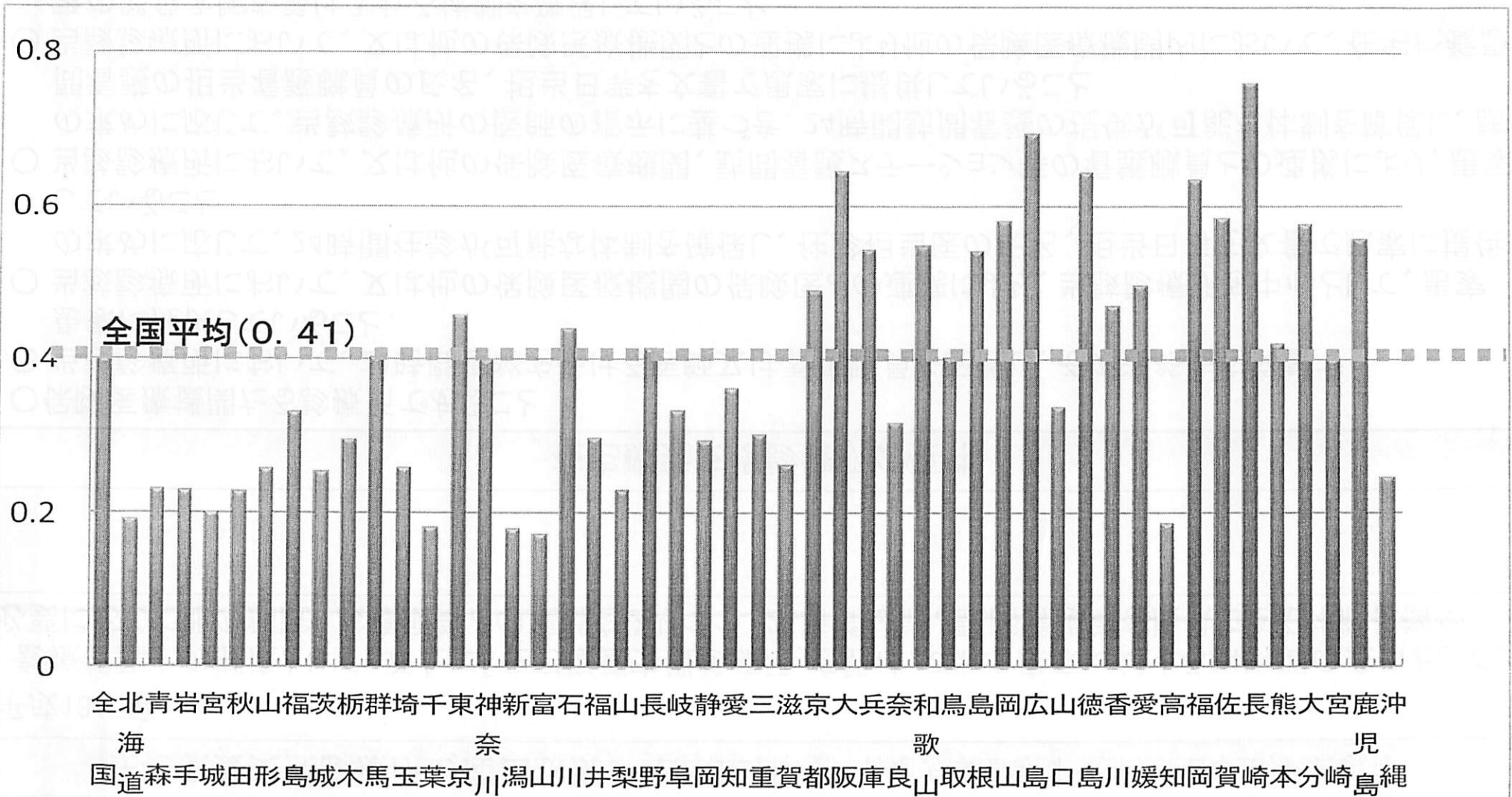


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態調査」

在宅療養支援診療所

■65歳以上人口1000人あたりの在宅療養支援診療所の都道府県別分布



在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の届出状況: 12552件

各地方厚生局調べ(平成22年10月1日現在)

平成18年度～

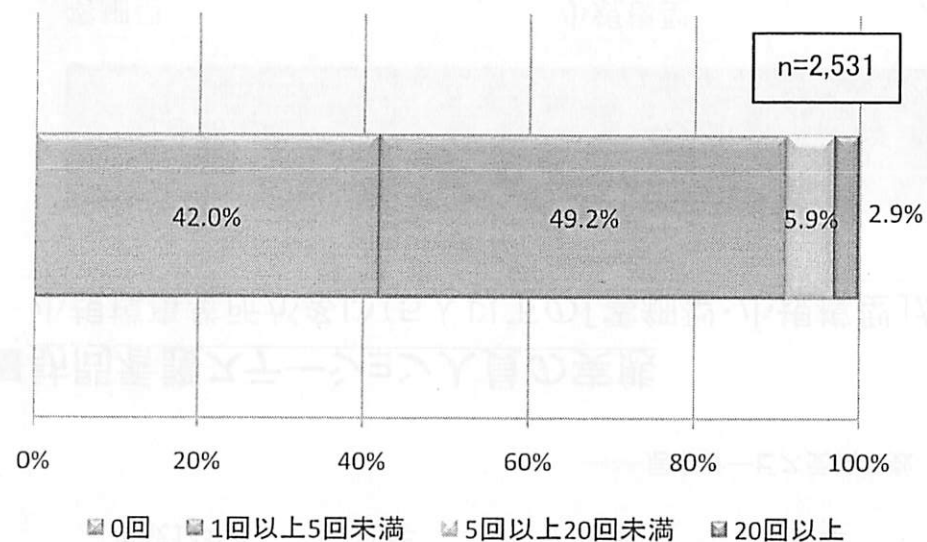
診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築

在宅療養支援診療所の要件

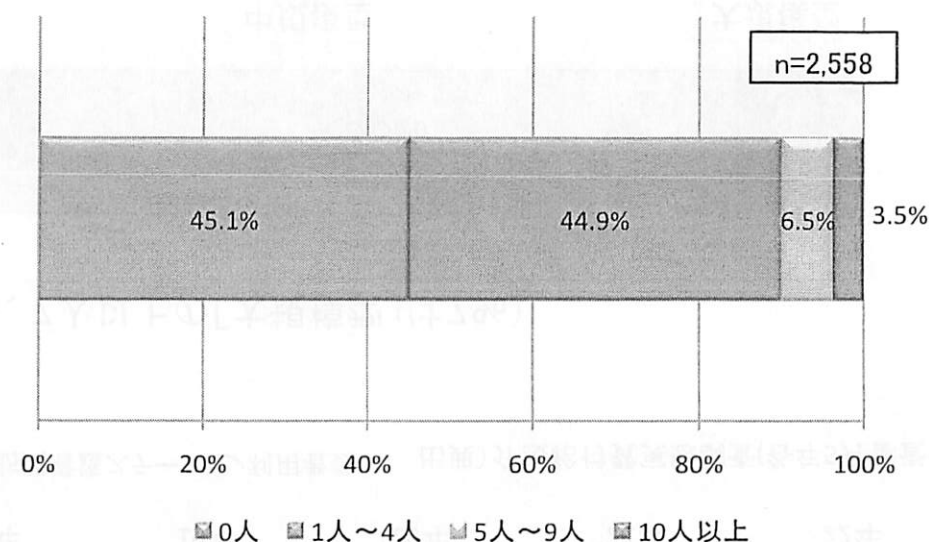
- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること等 等

在宅療養支援診療所

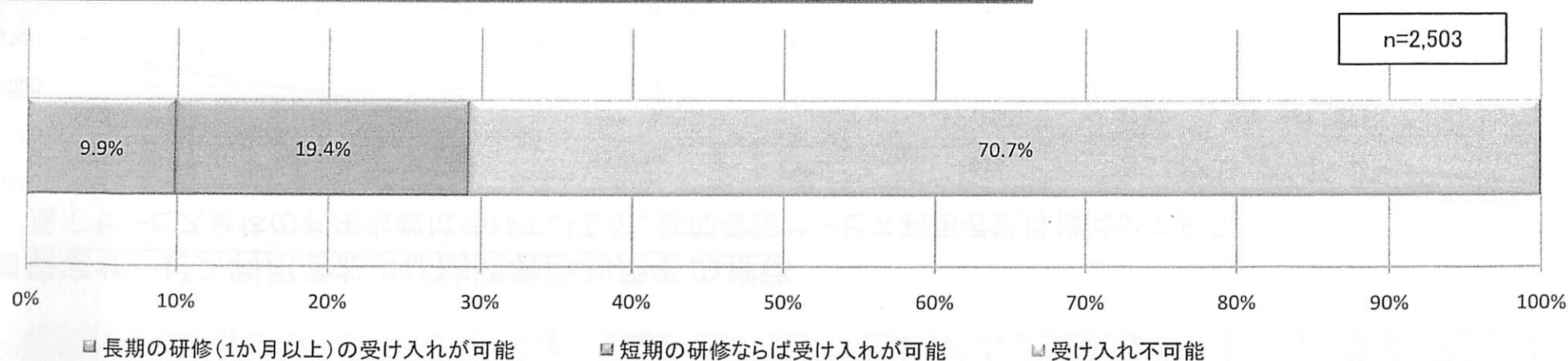
■時間外往診の数(直近半年における月平均の回数)



■半年間の看取り数



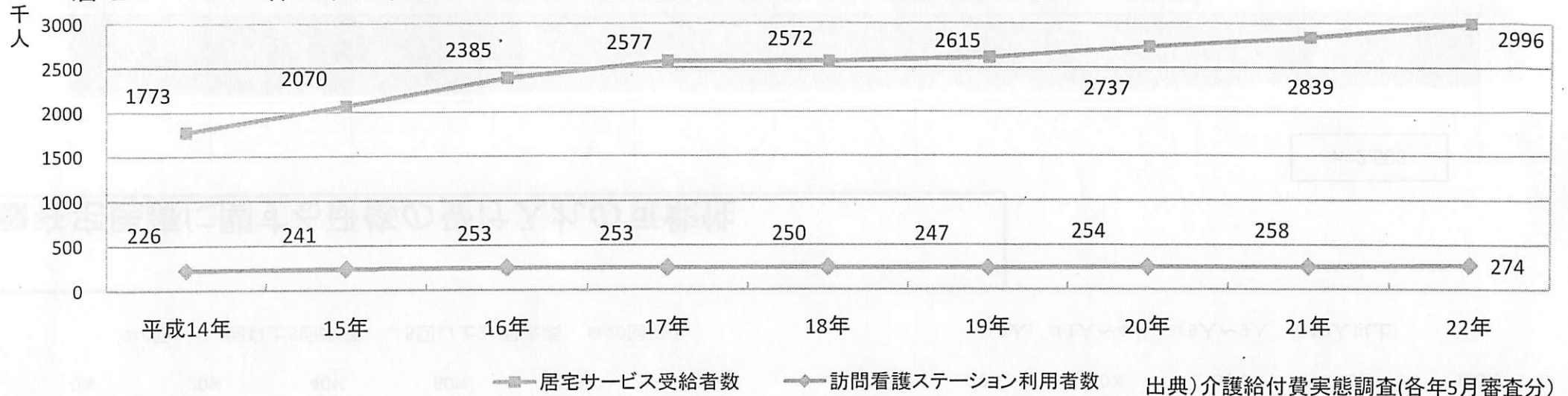
■在宅医療に関する研修の受け入れの可能性



訪問看護(1)

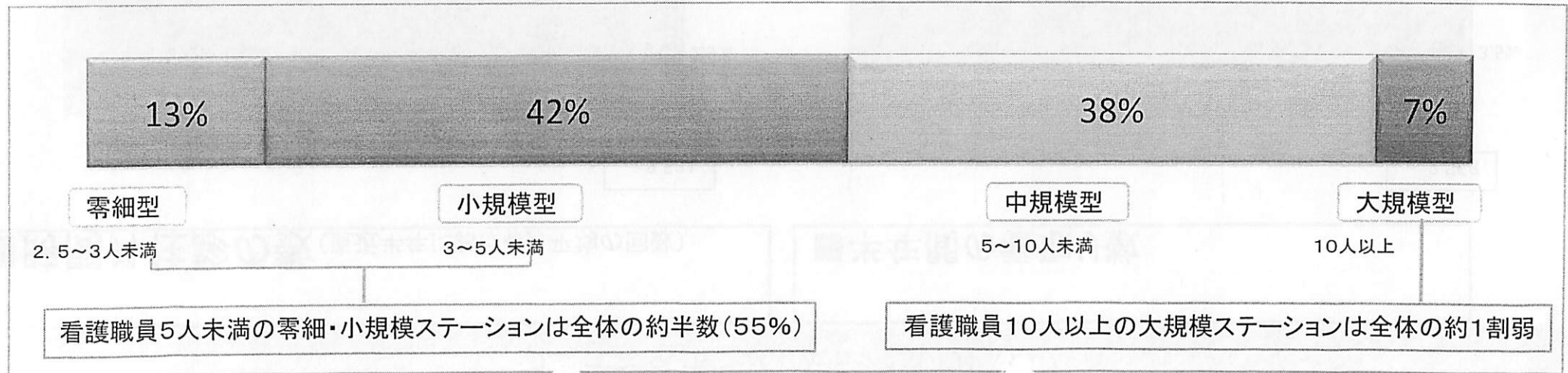
■ 居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移

居宅サービス全体の利用者数は伸びているが、訪問看護サービス利用者数は横ばいである。



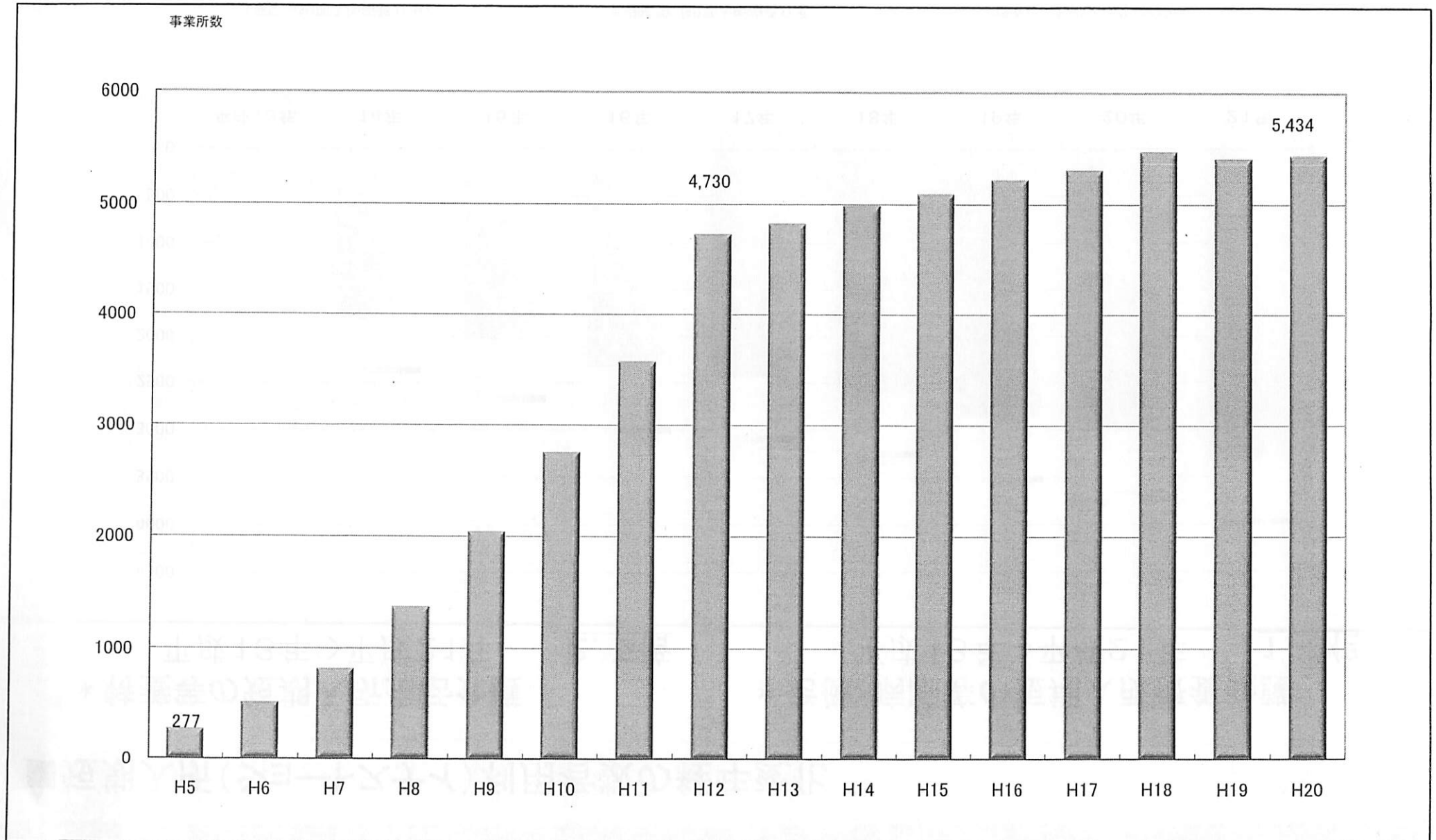
■ 訪問看護ステーション人員の実態

小規模事業所が多い(5人以下の「零細型・小規模型」が55%、7人以上の「大規模型」は7%)



訪問看護(2)

■訪問看護ステーション数の変化



出典)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

ショートステイの現状

■短期入所(ショートステイ)利用者数の経年変化

* 特養等の短期入所生活介護

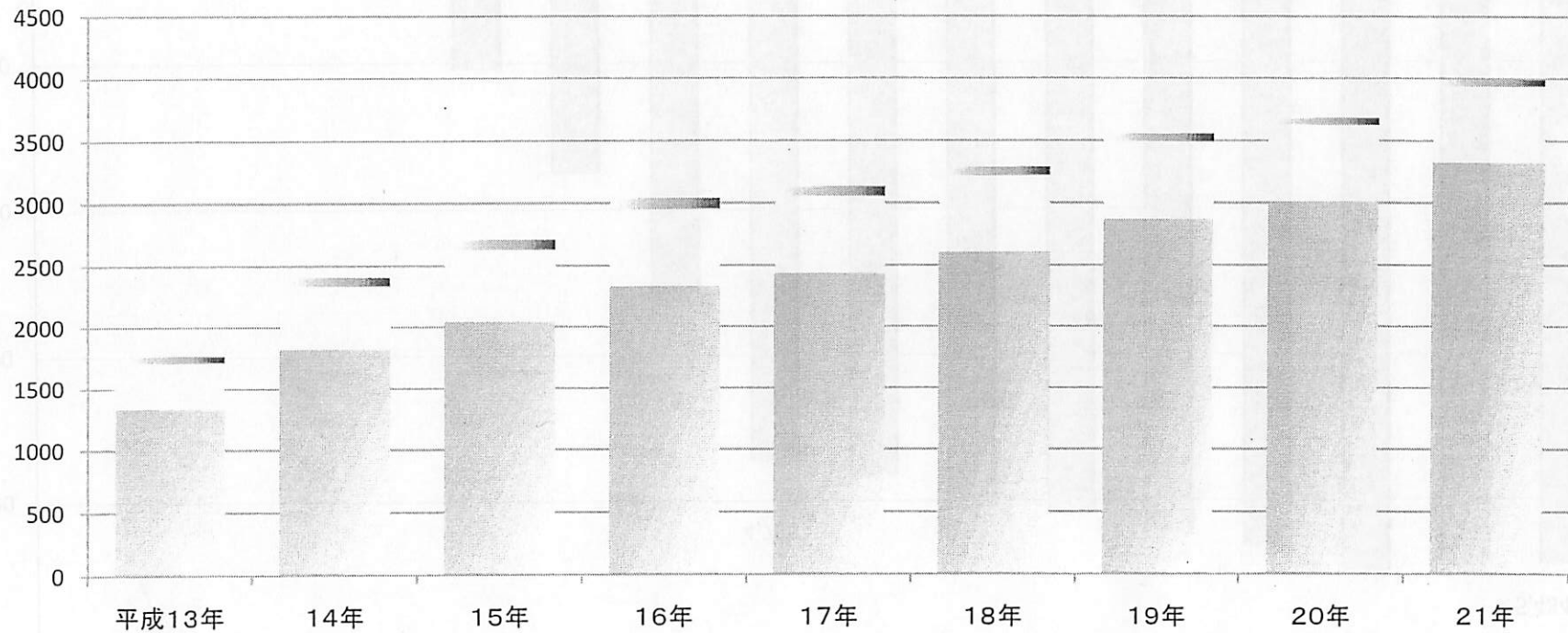
平成13年→平成21年

2.5倍

* 老健・病院等の短期入所療養介護

平成13年→平成21年

1.5倍



■病院（短期入所療養介護）

■老健施設（短期入所療養介護）

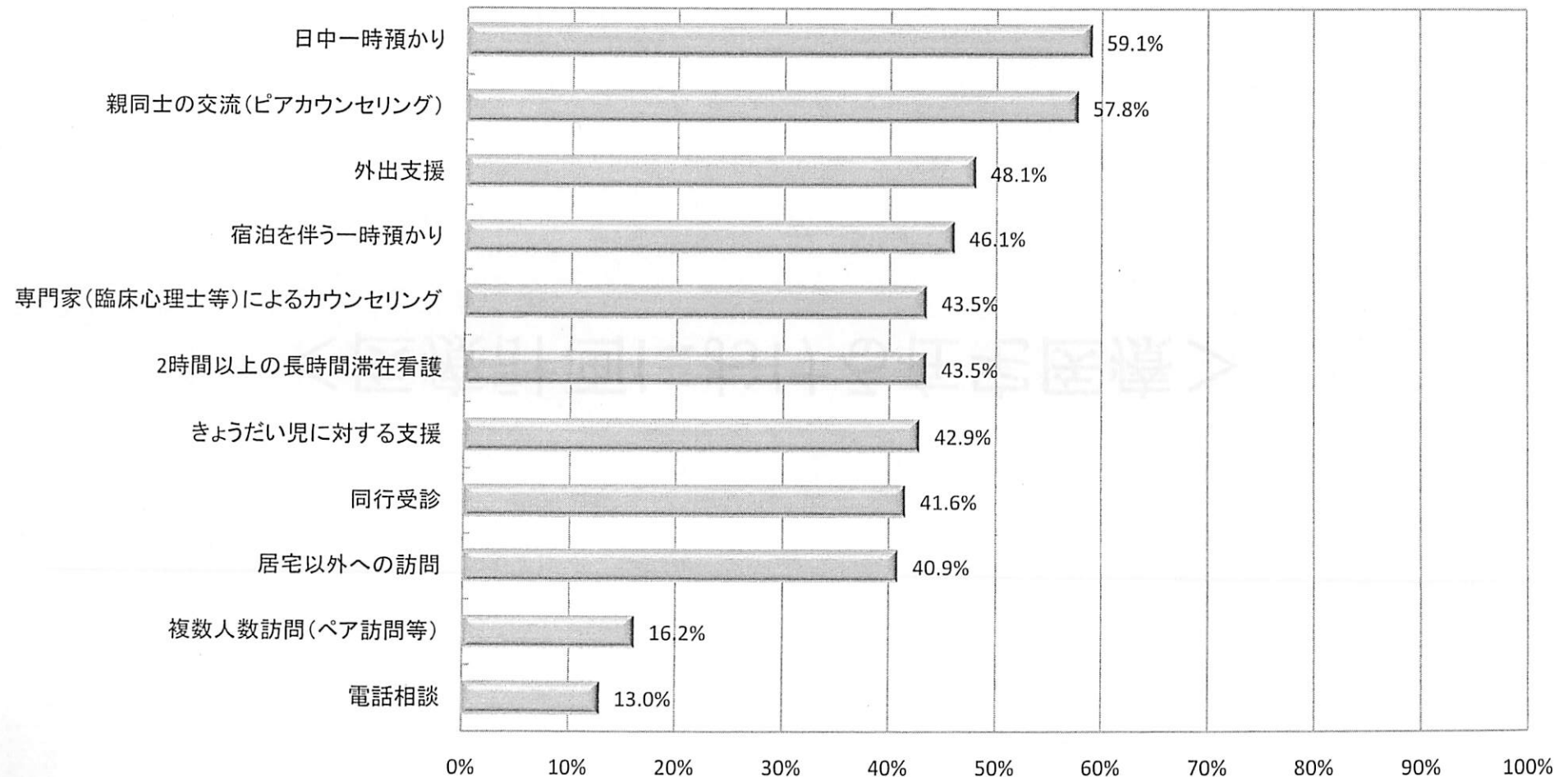
■特養等（短期入所生活介護）

出典)介護サービス給付実態調査

重症心身障害児の親のサービスニーズ

■重症心身障害児の親のサービスニーズ

重症心身障害児の親のサービスニーズとして「日中一時預かり」、「親同士の交流」、「外出支援」、「宿泊を伴う一時預かり」などのニーズが高い。



出典) (財)日本訪問看護振興財団 平成21年3月
重症心身障害者の地域生活支援に関する調査研究事業

＜医療計画における在宅医療＞

医療計画における在宅医療の位置付け

医療法

第30条の4 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

1～5 (略)。

6. 居宅等における医療の確保に関する事項

7～13(略)

第30条の7 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。

2 病院又は診療所の管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、居宅等において医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、居宅等における医療の提供に関し必要な支援を行うよう努めるものとする。

居宅等における医療の確保等の記載事項について

平成19年7月20日付け医政局長通知

『医療計画作成指針』より抜粋

法第30条の4第2項第6号の居宅等における医療の確保について定めるときは、当該医療におけるそれぞれの機能分類に即して、地域の医療提供施設の医療機能を計画的に明示すること。また、以下の目的を達成するために患者を中心とした居宅等における医療についての地域の医療提供体制の確保状況、その連携状況及び患者急変時等の支援体制を明示すること。

①患者自身が疾病等により通院困難な状態になっても、最後まで居宅等で必要な医療を受けられるために、地域にどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局等が存在し、かつ、どのような連携体制を組んでいるのか、また、患者の状態等に応じて適切な他の医療提供者等にどのように紹介するのかなどの仕組みがわかりやすく理解できること。

②適切な療養環境を確保し、虚弱な状態になっても最後まで居宅等で暮らし続けたいと希望する住民や患者が安心感をもてるようにすること。

③医薬品の提供拠点としての調剤を実施する薬局の機能を活用するために、居宅等への医薬品等の提供体制を明示すること。

在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

○北海道

- ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%

○山形

- ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)

○福島

- ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
- ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
- ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
- ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)

○茨城

- ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)

○東京

- ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)

○山梨

- ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数
1圏域(H18) → 4圏域(H24)

○福井

- ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)

○福岡

- ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)

○佐賀

- ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)

○熊本

- ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
- ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
- ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)

・緊急時24時間対応訪問看護ST割合

- 24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
- 24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)

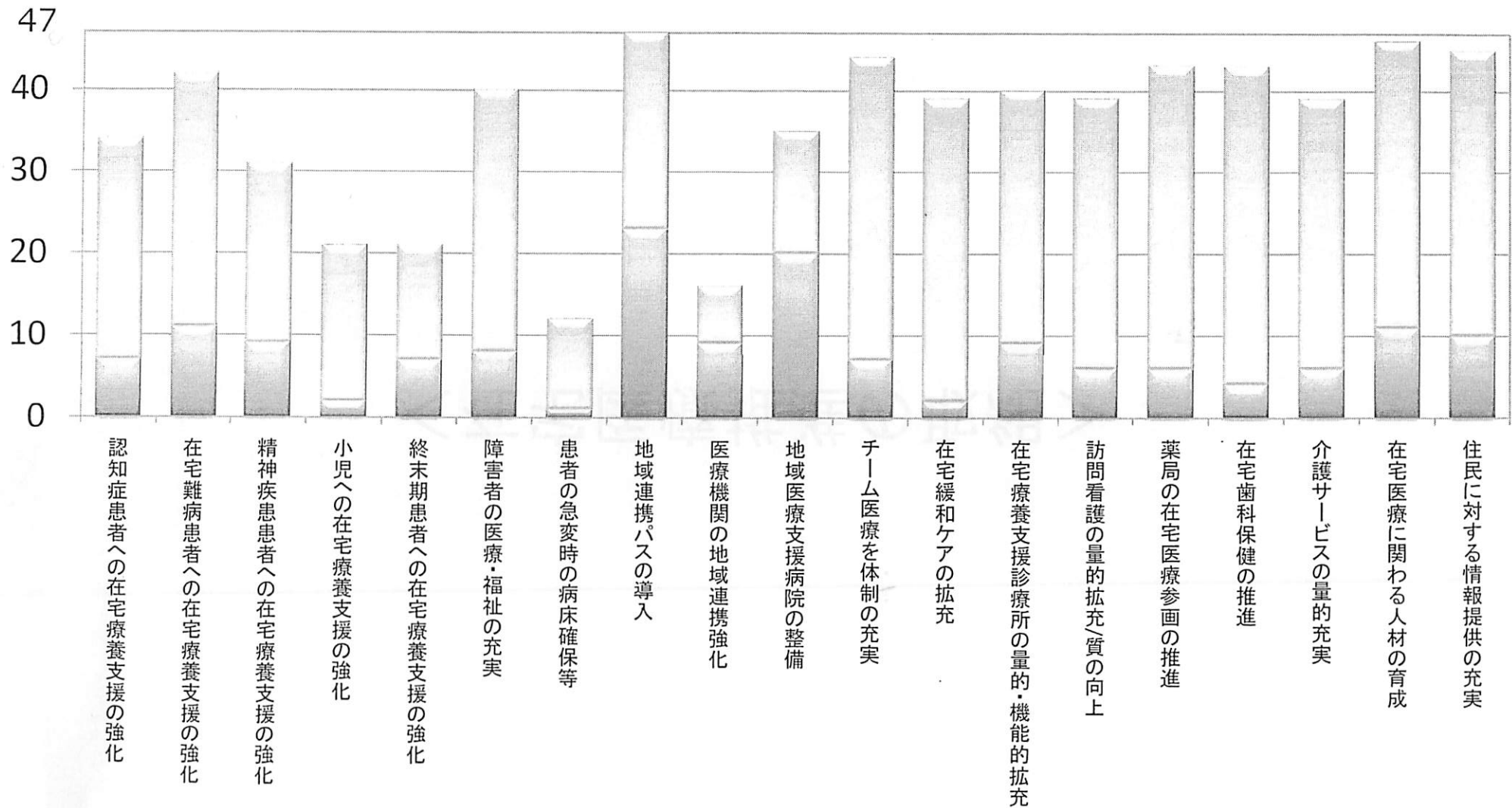
- ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)

○沖縄

- ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
- ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

在宅医療に関する医療計画の内容

■医療計画の内容

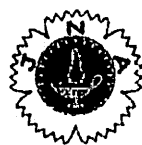


■ 数値目標あり

□ 記載有り

＜在宅医療推進の取組＞

在宅医療の支援・連携に係る現状と 今後の方策について



社団法人 日本看護協会
Japanese Nursing Association

日本看護協会における訪問看護推進の取り組み

平成22年度 日本看護協会 重点事業

療養生活を支える訪問看護の推進と安定的なサービス提供体制の確保

1. 平成24年度報酬改定を見据えた訪問看護制度の見直し
2. 訪問看護事業所の経営基盤強化
3. 退院調整にかかわる看護職員の有効活用による看・看連携の促進



平成22年度の主な取り組み

- 訪問看護推進連携会議における方策検討・政策提言
- 訪問看護サミット2010共同企画
- 退院調整看護師に関する調査・分析
- 訪問看護ステーションの経営改善に関する調査・分析
- 訪問看護の推進に向けた要望活動(各政党、関係省庁等へ)
- 都道府県看護協会 訪問看護担当者会議

訪問看護の支援・連携の現状と課題

課題Ⅰ

24時間365日のサービス提供体制の確立

現状

- 訪問看護ステーション数は全国で約5,700か所、利用者数は約28万人
- 小規模事業所(常勤換算職員数5人未満)が半数以上
- 就業看護職員約133万人中、訪問看護の従事者は2.1%(約28,000人)

課題Ⅱ

訪問看護ステーションの事業経営の安定化

現状

- 記録・請求事務等の周辺業務に時間がかかり、効率的な訪問が難しい
- 小規模ステーションほど利益率が低い

課題Ⅲ

地域における訪問看護ニーズの明確化

現状

- 地域の医療計画、介護保険事業計画等において訪問看護の必要見込み量が位置づけられていない
- 病院から地域への移行支援体制が不十分

【主な取り組み例】 退院調整部門の実態把握

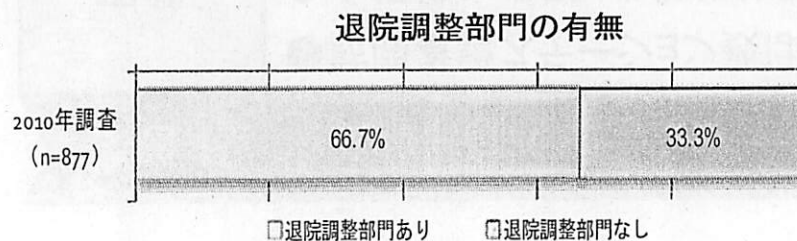
課題

- 退院調整部門と訪問看護の機能強化・連携強化
- 退院調整看護師の養成

＜退院調整看護師と訪問看護ステーションの連携に関する調査＞の実施 (日本訪問看護振興財団委託事業)

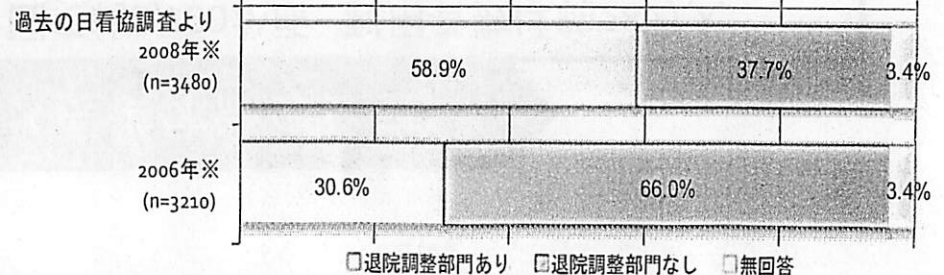
- ◆調査期間 2010年10月～11月
- ◆調査対象 一般病床または療養病床を有する150床以上の病院(2,932施設)
- ◆有効回収数 877 (有効回収率29.9%) ※速報値
- ◆調査内容
 - ・病院の退院調整部門の整備状況
 - ・退院調整看護師の活動実態
 - ・訪問看護ステーションとの連携 等

退院調整部門を有する病院は年々増加傾向に



2010年調査:「退院調整看護師と訪問看護ステーションの連携に関する調査」(速報値)

【参考】



※2006年、2008年調査:日本看護協会「病院における看護職員需給状況調査」

今後の方策

24時間365日のサービス提供体制の確立

- 訪問看護ステーションの大規模化促進、サテライト事業所の活用
- 訪問看護ステーションの研修・教育機能の強化(新卒・中途採用の訪問看護師教育を担う事業所への支援)
- 多様な勤務形態の導入

訪問看護ステーションの事業経営の安定化

- 訪問看護の周辺業務の効率化を進める(訪問看護支援事業等の活用)
- 医療保険と介護保険における訪問看護の報酬上の評価やサービス導入の仕組みの齟齬を解消
- 事業規模の拡大、複合型サービスへの展開

地域における訪問看護ニーズの明確化

- 次期医療計画や介護保険事業計画において訪問看護が計画的に整備されるよう、国の基本指針に訪問看護の必要見込み量や確保策の明示を
- 必要見込み量に見合う訪問看護の人材確保策を策定し、国による支援事業の実施を
- 病院の退院調整部門や在宅療養支援診療所、介護サービスとの連携強化

<在宅歯科診療>

在宅歯科診療の背景

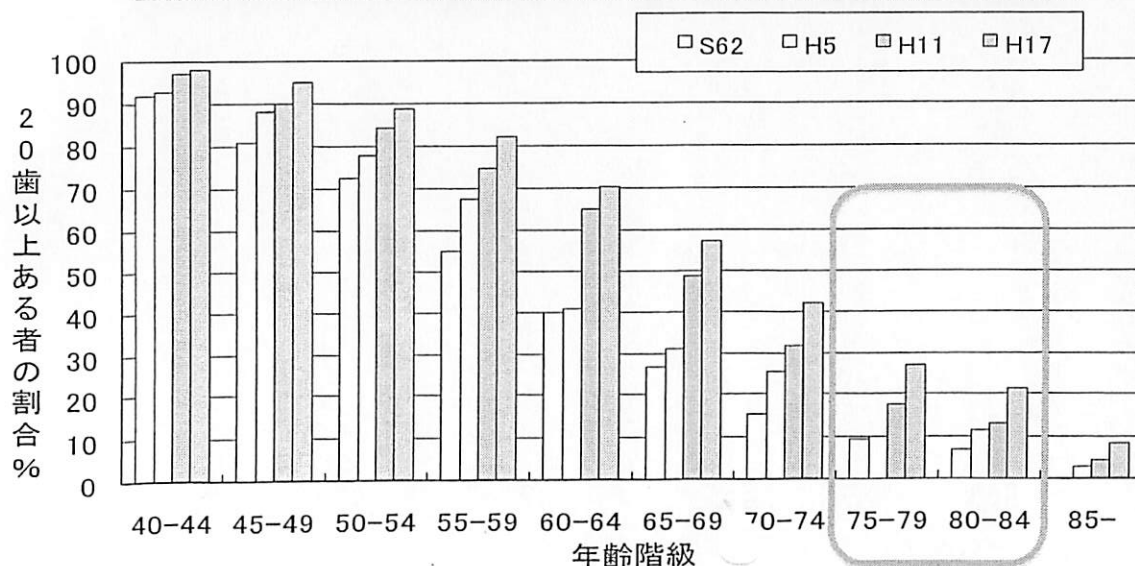
高齢者へのアンケート ―高齢者のQOLと口腔は関係が深い―

- 80歳以上の高齢者 233人
- 生きがい(喜びや楽しみ)を感じる時
 - ① 孫など家族との団らんのとき 47.2%
 - ② テレビを見たり、ラジオを聞いているとき 36.1%
 - ③ 趣味やスポーツに熱中しているとき 34.8%
 - ④ 友人や知人と食事、雑談しているとき 30.0%
 - ⑤ おいしいものを食べているとき 26.2%

出典)内閣府 平成15年 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査)

20歯以上の歯を有する高齢者が増加してきており、
高齢者の歯が残るようになってきている。

20歯以上の歯を有する者の割合の推移



8020達成者の割合は、着実に増加

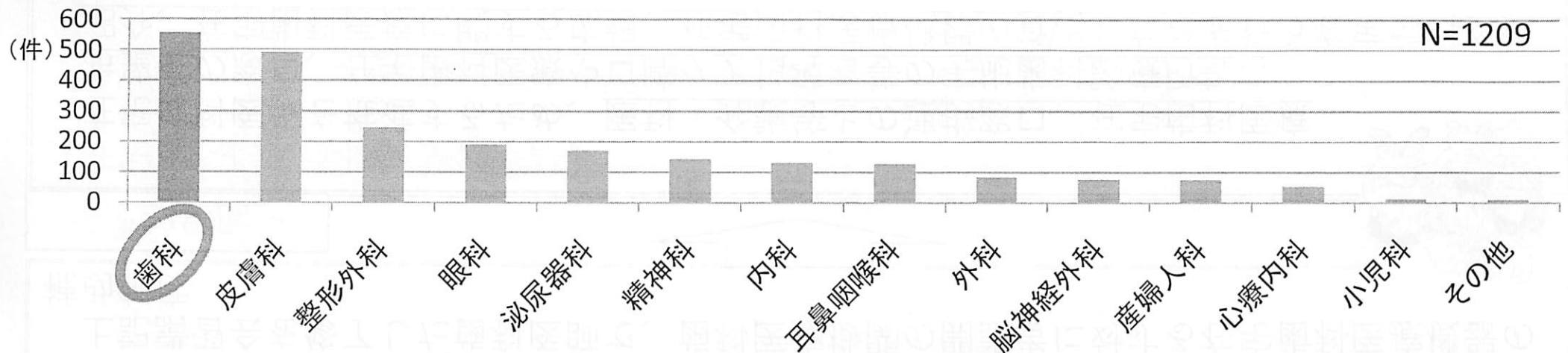
平成17年調査結果で

75~79歳 27%、80~84歳 21%と

健康日本21の2010年の目標値20%を既に達成

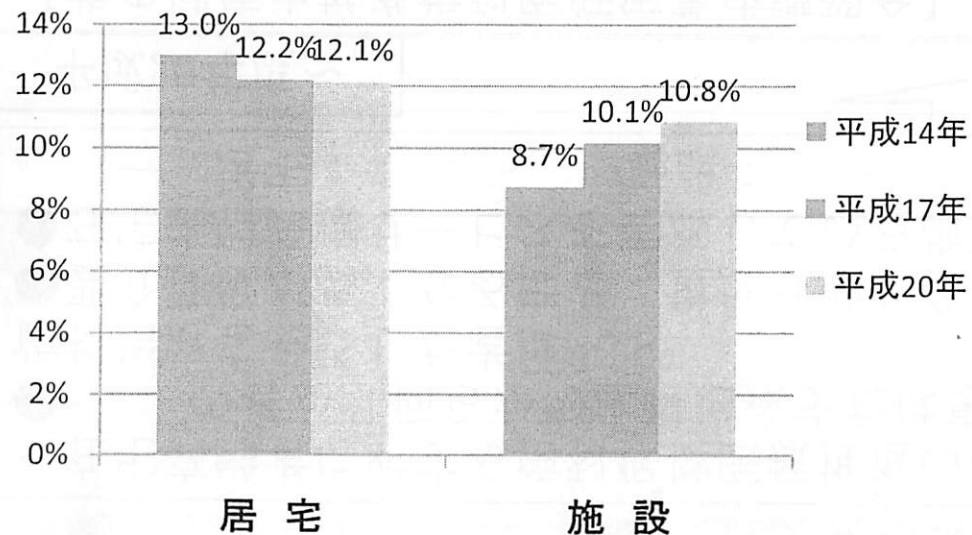
在宅歯科診療の現状

在宅医療の主治医(医師)が連携を必要とした診療科は「歯科」が多い。



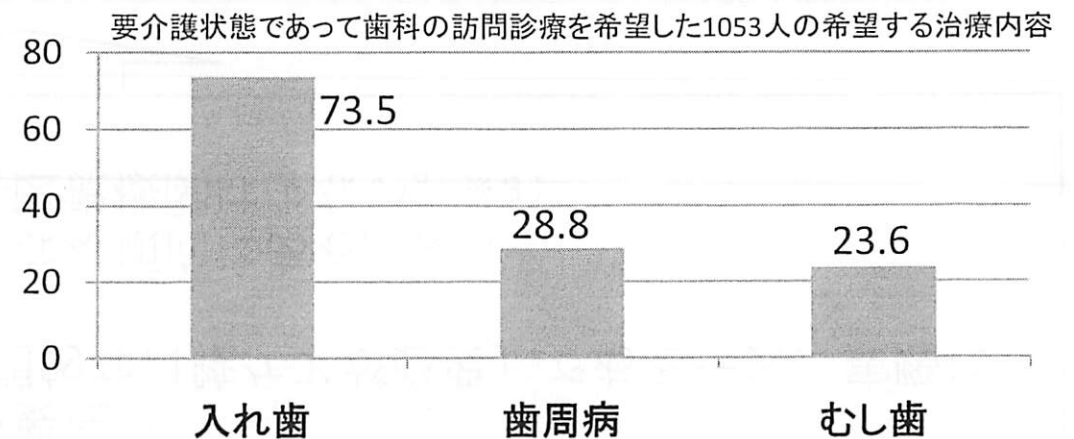
出典)東京の在宅医療の現在 ~東京都在宅医療実態調査

訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合
一施設は増加しているが居宅は増加していない。



出典)医療施設調査

要介護者の希望する治療内容のほとんどは
「入れ歯」の治療である。



出典)平成12年度「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」 102

在宅高齢者への歯科保健医療対策の推進

＜在宅高齢者に対する歯科保健医療推進の必要性＞

- 89.4%の者が「何らかの歯科治療または専門的な口腔ケアが必要」である一方、実際に歯科治療を受診した者は26.9% ※1)
 - 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。 ※2)
 - 在宅歯科医療サービスを実施している歯科医療機関は少ない。 ※3)
- 居宅：約12%、 施設：約11%

平成20年度～

【歯の健康力推進歯科医師等養成講習会】（H21年度は7地区11会場で実施）
高齢者・寝たきり者等に対する在宅歯科医療、口腔ケア等を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会
【在宅歯科診療設備整備事業】（H21年度は20都道府県で実施）
上記講習会を修了した歯科医師で、歯科医療機関の開設者に対する在宅歯科医療機器の補助制度

平成22年度～

【在宅歯科医療連携室整備事業】
在宅歯科医療を推進するため、医科・介護等との連携窓口、在宅歯科医療希望者の窓口、在宅歯科医療や口腔ケア指導者等の実施歯科診療所等の紹介、在宅歯科医療に関する広報、在宅歯科医療機器の貸出しなどを行う在宅歯科医療連携室を整備する事業を実施する。

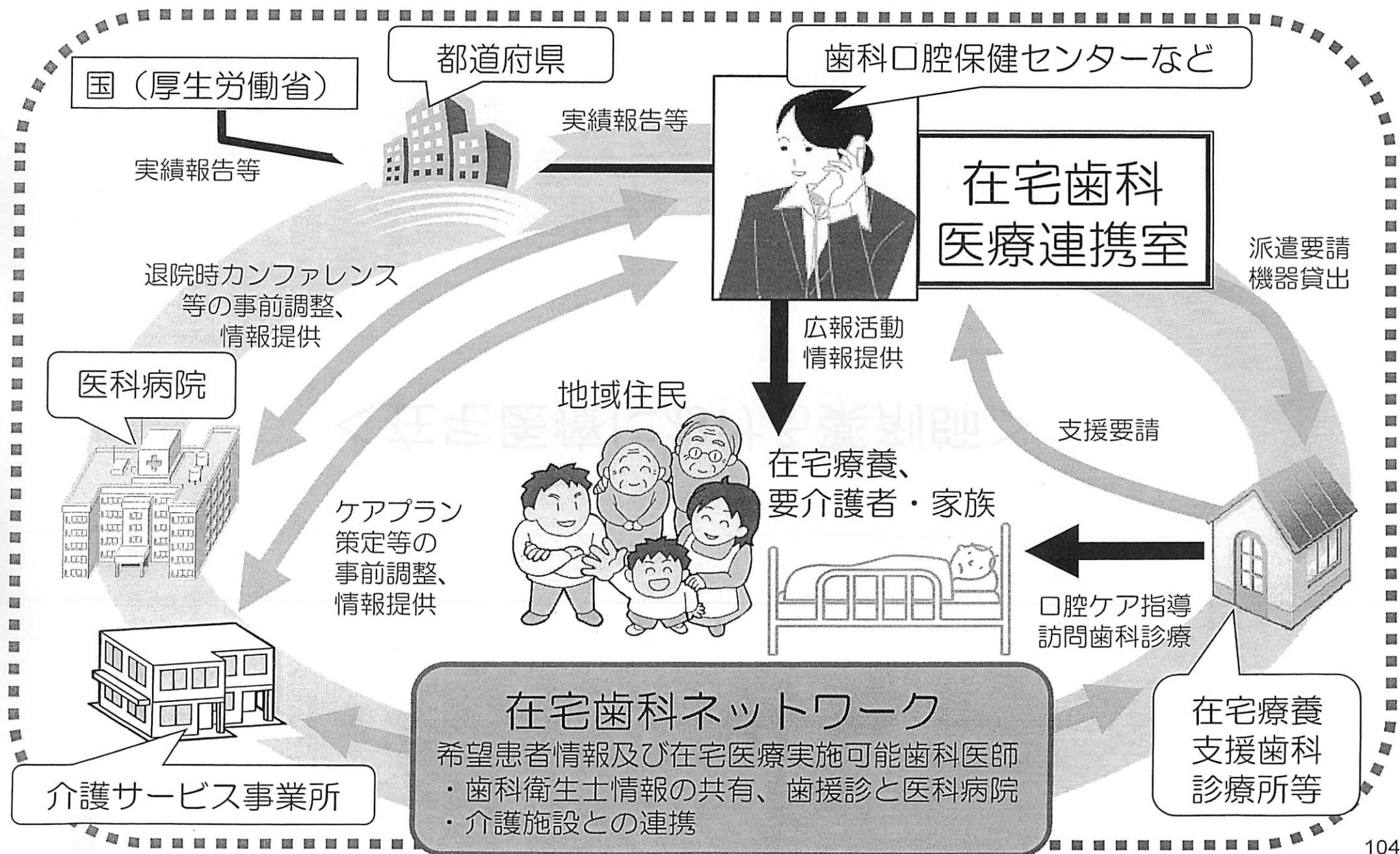


※1 出典) 平成14年度「情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究」

※2 出典) 平成14年度「病院別要介護者口腔保健医療ケアに係る工程表（クリニカルパス）の開発と評価」

※3 出典) 平成20年医療施設調査

在宅歯科医療連携室整備事業 (平成24年度～、医政局、2.7億円)



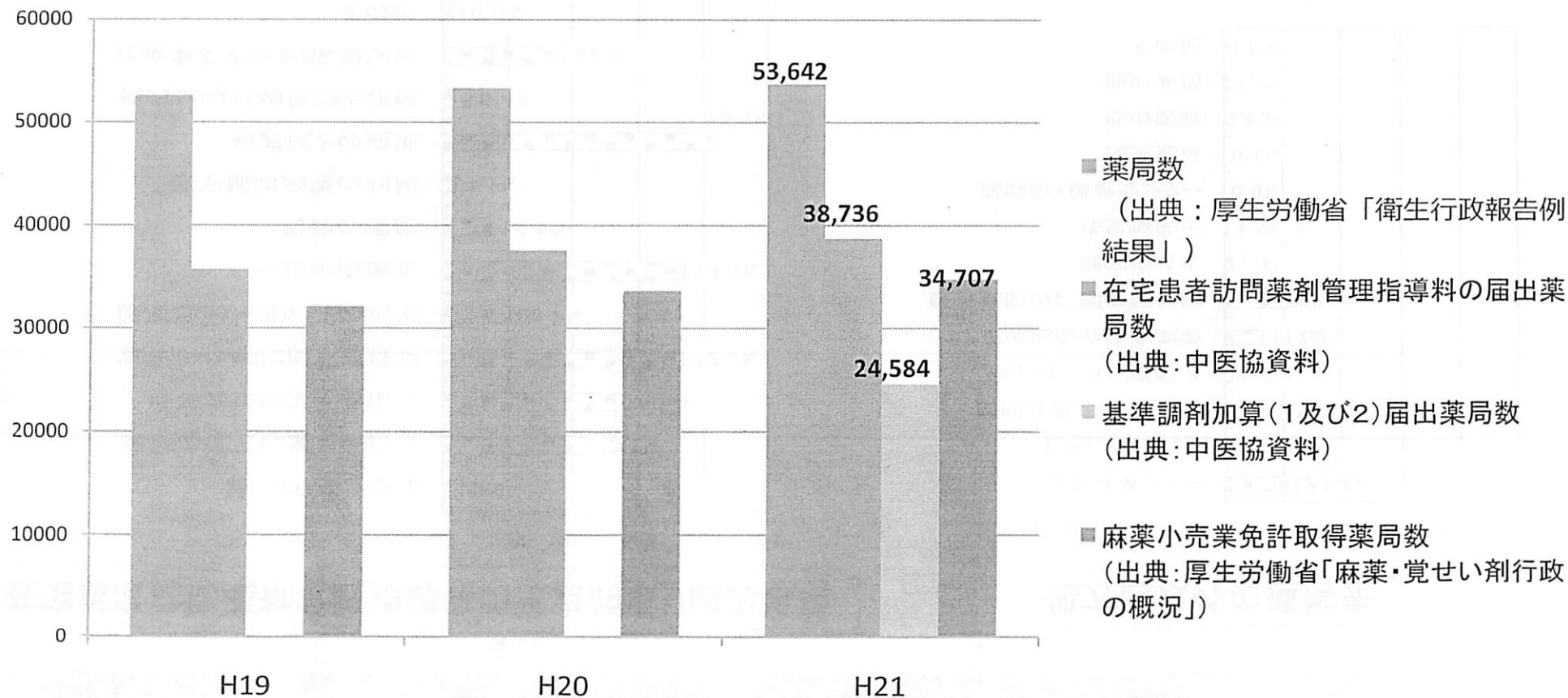
＜在宅医療における薬剤師＞

在宅医療における薬局・薬剤師の役割と現状

「安心と希望の医療確保ビジョン」(H20年6月)

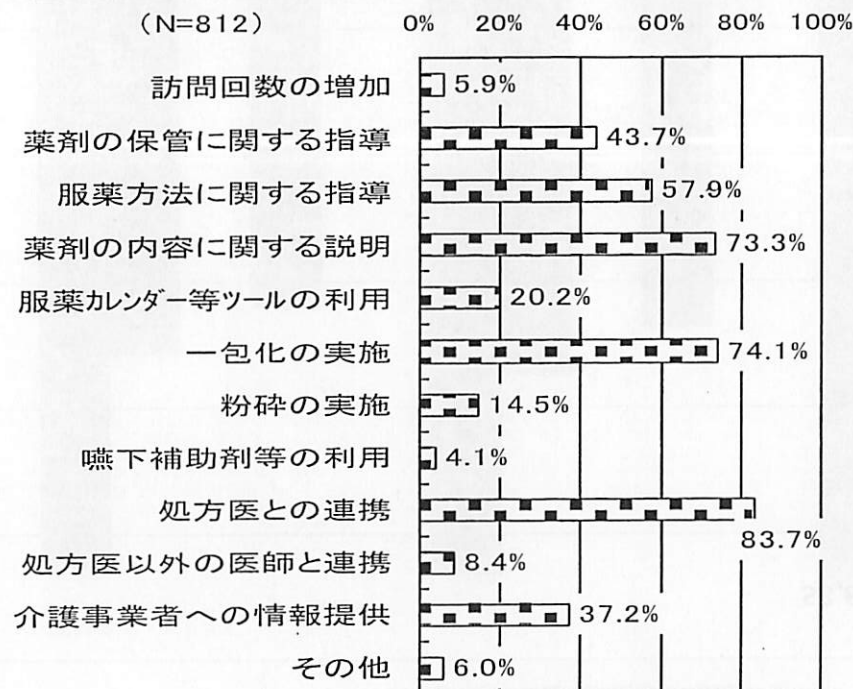
薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施するため、地域における医薬品などの供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組む。

薬局数等の推移

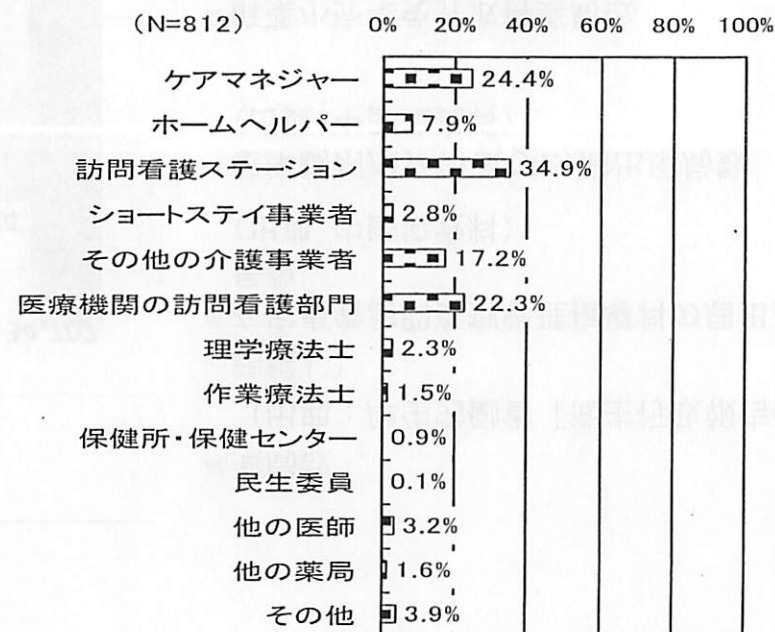


在宅訪問薬剤管理指導等の内容

在宅患者訪問薬剤管理指導等の重点的取り組み事項



処方医以外の連携先



■入院中の患者に対する共同指導の実施施設

5施設（調査数500件、うち回答のあった施設350施設中）

■在宅療養中の患者に対する共同指導の実施施設

112施設（調査数500件、うち回答のあった施設350施設中）

在宅患者訪問薬剤管理指導等の実施体制

施設あたりの従業員数

調査票発送数:500件

回収数:350件

[N=350]	常勤職員	非常勤職員
薬 剤 師	2.55人	1.32人
その他の職員	2.01人	0.82人
[再掲]ケアマネジャーの資格保有者	0.49人	0.11人

実施体制

	件 数	割 合
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は定期的に閉店する	16	5.4%
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は不定期に閉店する	23	7.8%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しており、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	66	22.4%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しているが、患者の受持ち制はとっていない	31	10.5%
複数の薬剤師が他業務の空いた時間帯に随時実施し、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	55	18.7%
複数の薬剤師が他業務の空いた時間帯に随時実施しているが、患者の受持ち制はとっていない	43	14.6%
在宅患者訪問薬剤管理指導等を専任とする薬剤師を置いている	45	15.3%
無回答	15	5.1%
合 計	294	100.0%

薬局薬剤師の緩和ケアの取り組み状況

薬局での医療用麻薬の取り扱いについて

麻薬小売業者免許を有している施設 76.7% (n = 795)

麻薬の在庫を有している施設

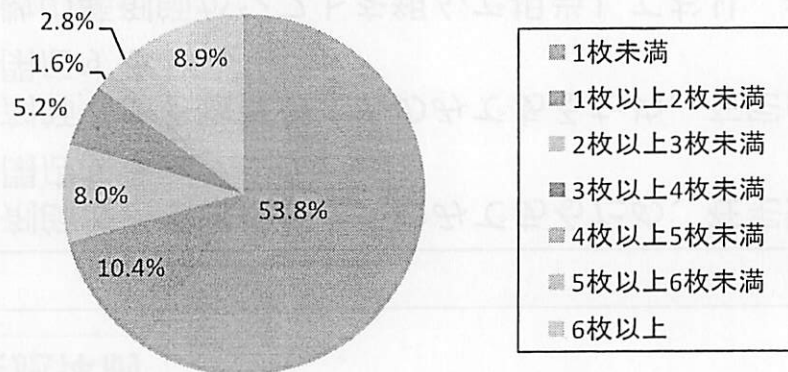
61.5% (n = 637)

医療用麻薬の在庫を有している施設の状況

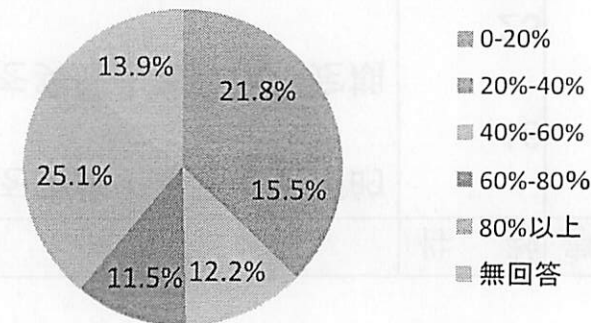
麻薬調剤について 経口麻薬製剤の調剤 53.6% (n = 555)
注射麻薬製剤の調剤 0.6% (n = 6)

麻薬の配達について 経口麻薬製剤の配達 15.1% (n = 156)
注射麻薬製剤の配達 0.7% (n = 7)

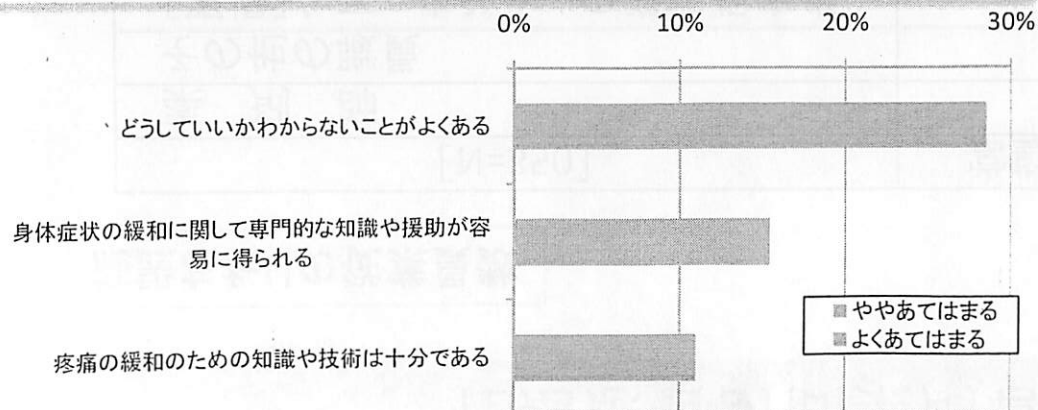
月平均麻薬処方処方せん枚数



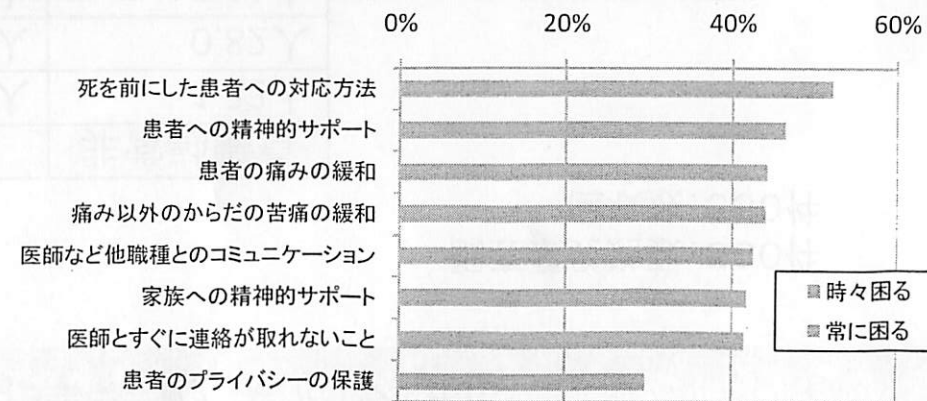
全体の仕入れ量に対するデットストックの割合



医療用麻薬を使用しているがん患者への対応について



がん患者への対応について、困っていること



＜終末期医療について＞

終末期医療のあり方に関する懇談会

■終末期医療のあり方に関する懇談会

- 平成20年3月に実施された一般国民及び医療福祉従事者(医師、看護職員、介護施設職員)に対する終末期医療に関する調査、関係者からのヒアリングをもとに、日本人の死生観、倫理観等を踏まえて、終末期医療の現状の問題点の抽出、終末期医療の考え方の整理及び望ましい終末期医療のあり方について検討を行った。
- 平成20年10月から計6回開催し、平成22年10月に「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」がとりまとめられた。

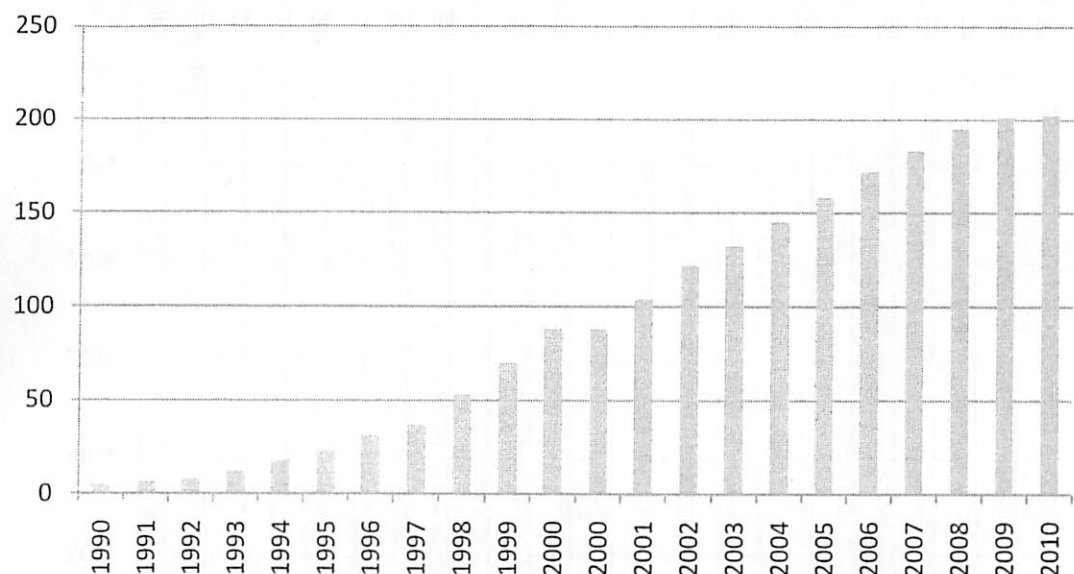
■終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見の概要

(「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」(平成22年12月)より作成)

- リビング・ウィルの法制化については慎重な意見が多かったが、リビング・ウィルが患者の意思を尊重した終末期を実現する一つの方法として、リビング・ウィルを作成する際も、意思決定に至る過程において患者・家族に十分な情報を提供し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に記載されているようなプロセスをさらに現場に浸透させ、充実させていくことが望まれる。
- 医療福祉従事者から十分な情報提供や説明を行うためには、医療福祉従事者が終末期医療に関する知識を十分に備えた上で、患者、患者家族及び医療福祉従事者が話し合う機会を確保していくことが必要である。
- 緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい知識の普及が重要である。
- 患者をそばで支える家族へのケア、遺族に対するグリーフケアについて今後議論を深めるべきである。

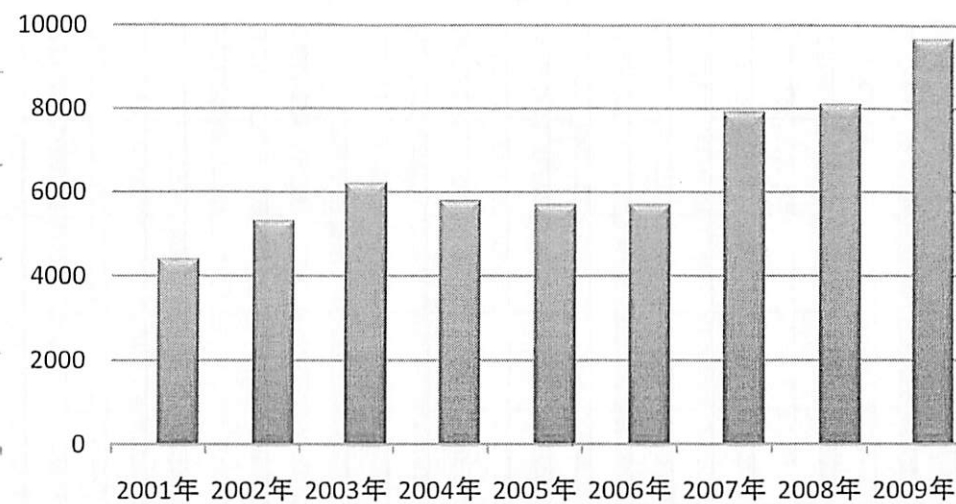
我が国の終末期医療の現状

緩和ケア病棟入院料届出受理施設



出典) 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア (http://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html)

訪問看護におけるターミナル加算の算定回数の推移
(介護保険)



■ 訪問看護 ターミナルケア加算の算定回数(年間)

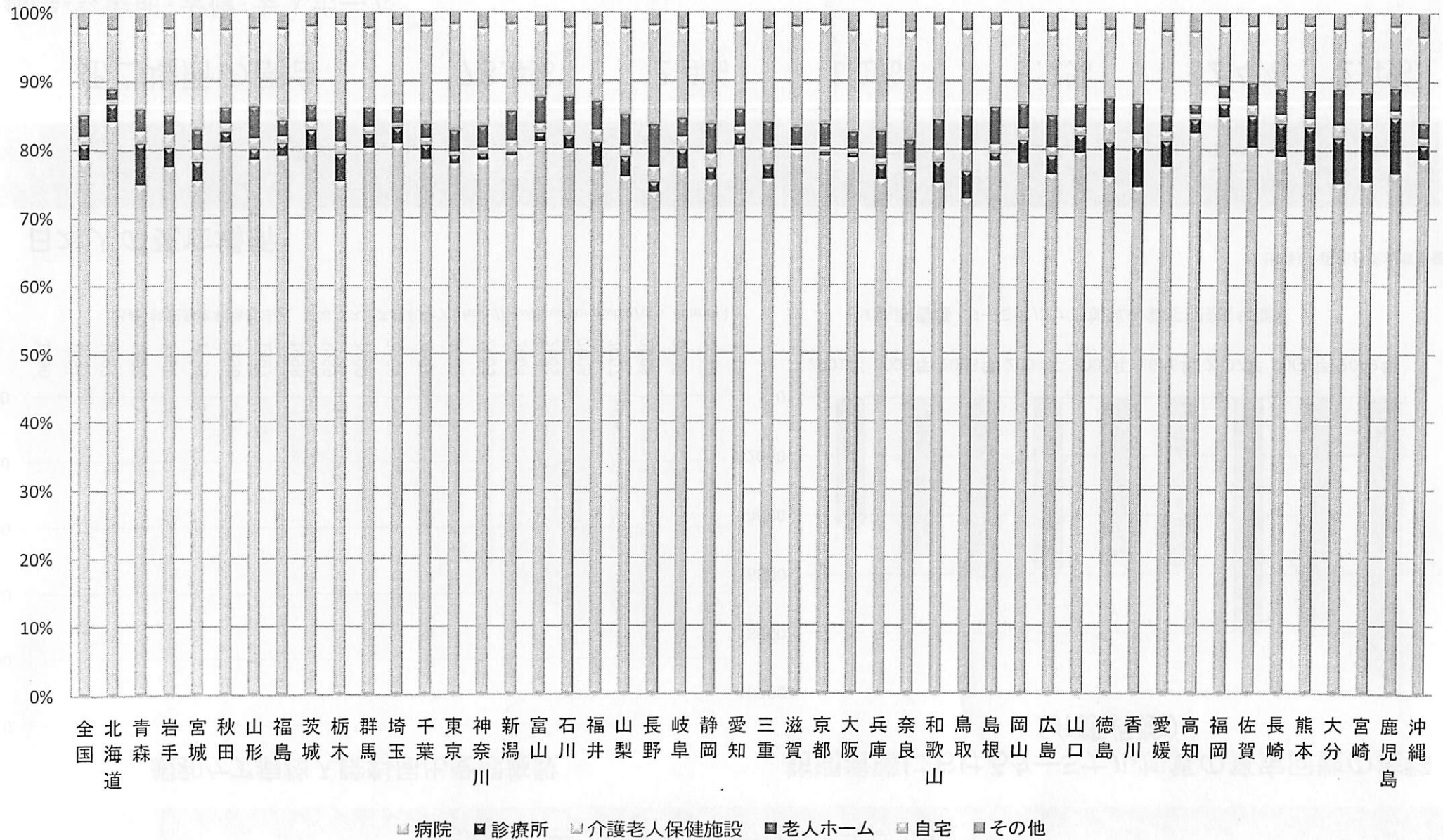
出典) 介護給付費実態調査

日本人の死亡場所

	病院	診療所	老健	老人ホーム	自宅	その他
死亡場所の割合	78.4%	2.4%	1.1%	3.2%	12.4%	2.4%
病院・診療所・老健・老人ホーム の病床数・定員数の合計を 100%とした時の割合	64.5%	5.5%	12.9%	17.1%	-	-

出典) (上段) 平成21年人口動態調査
(下段) 医療施設動態調査(平成22年8月末概数)、2010/2011年「国民の福祉の動向」

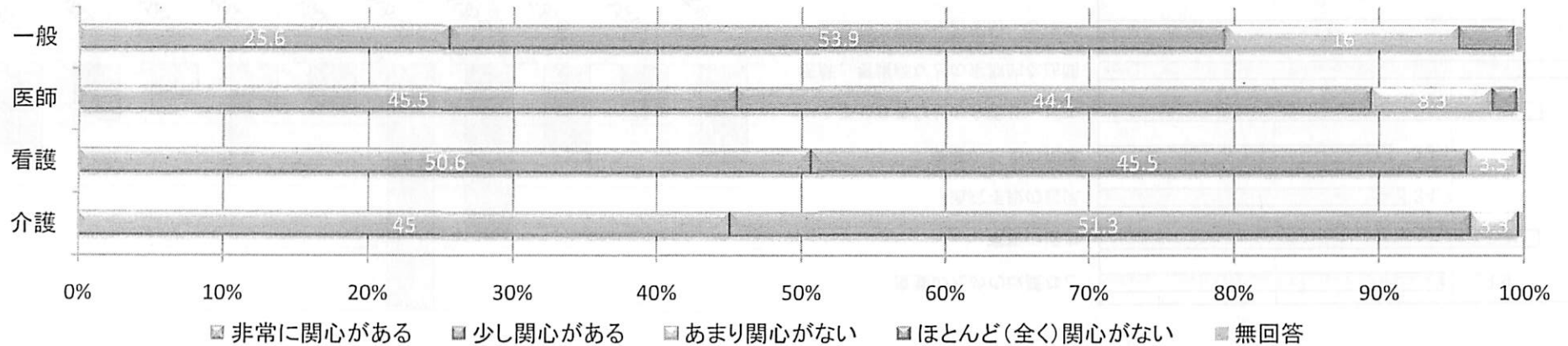
日本人の死亡場所(都道府県別)



終末期医療に関する調査(1)

■終末期医療に対する関心の有無

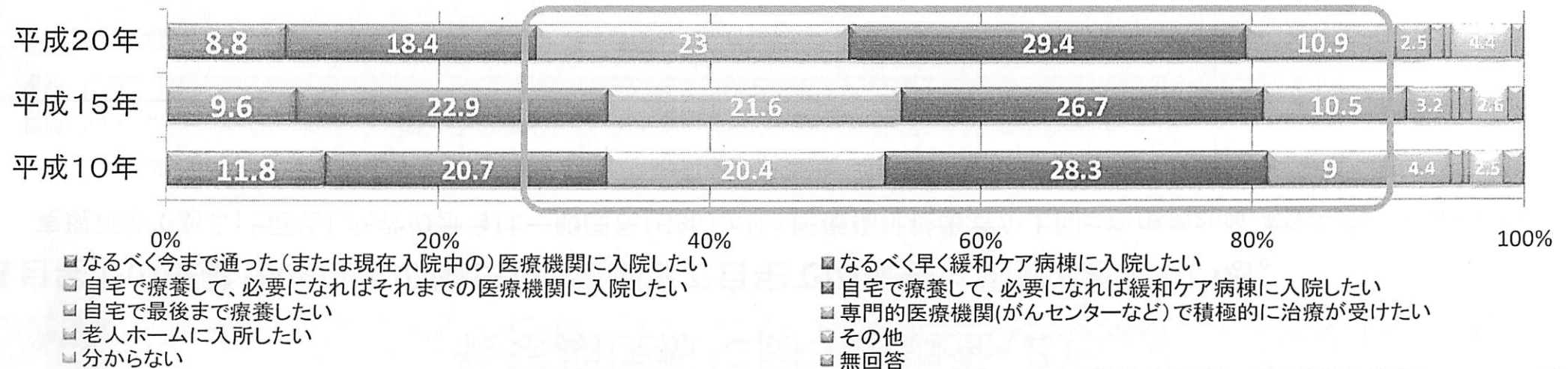
終末期医療に関して、一般国民及び医療福祉従事者ともに「非常に関心がある」、「少し関心がある」と回答した者の割合が高かった。



出典)平成20年終末期医療に関する調査

■終末期の療養場所に関する希望

自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

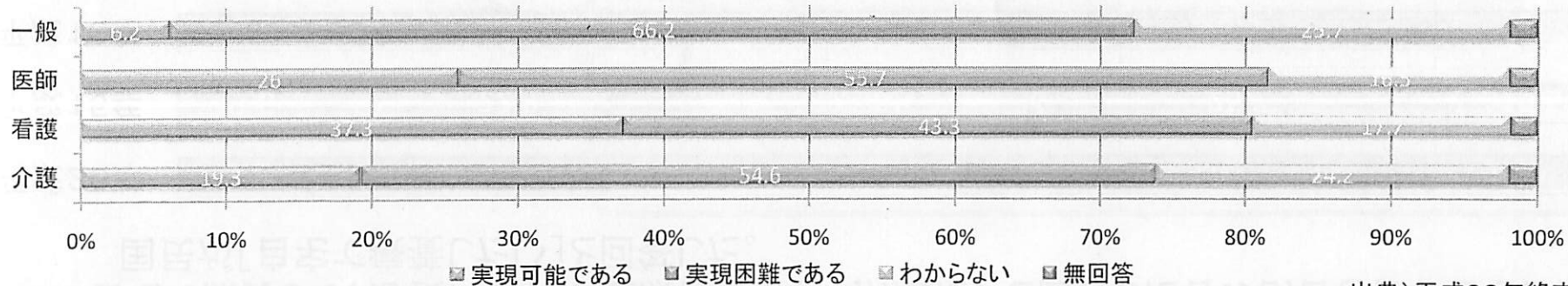


出典)終末期医療に関する調査(各年)

終末期医療に関する調査(2)

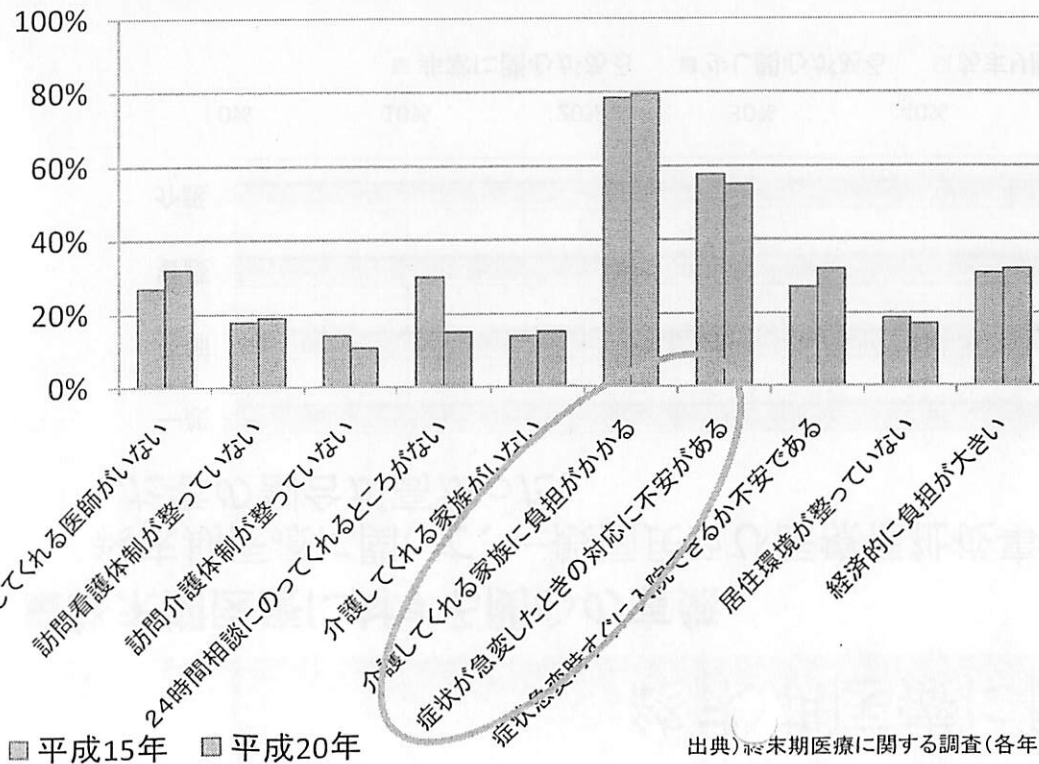
■ 自宅での療養: 60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師37%、介護士19%)



出典) 平成20年終末期医療に関する調査

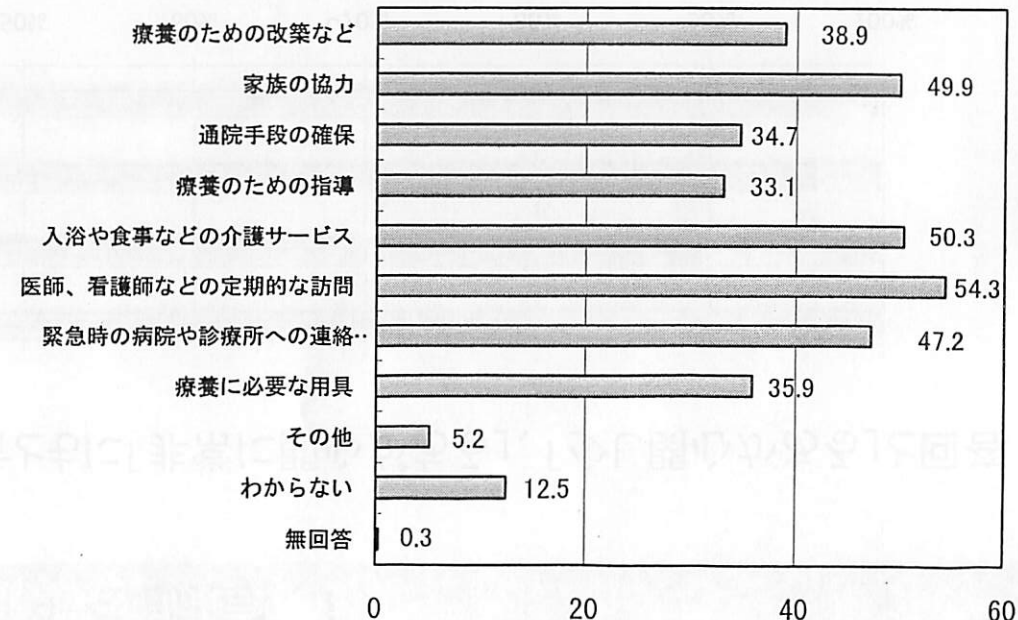
■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



出典) 終末期医療に関する調査(各年)

■ 自宅療養を可能にする条件(複数回答)(※)

※「自宅で治療・療養したい」と回答した者のうち、「自宅で療養できない」と答えた者を対象

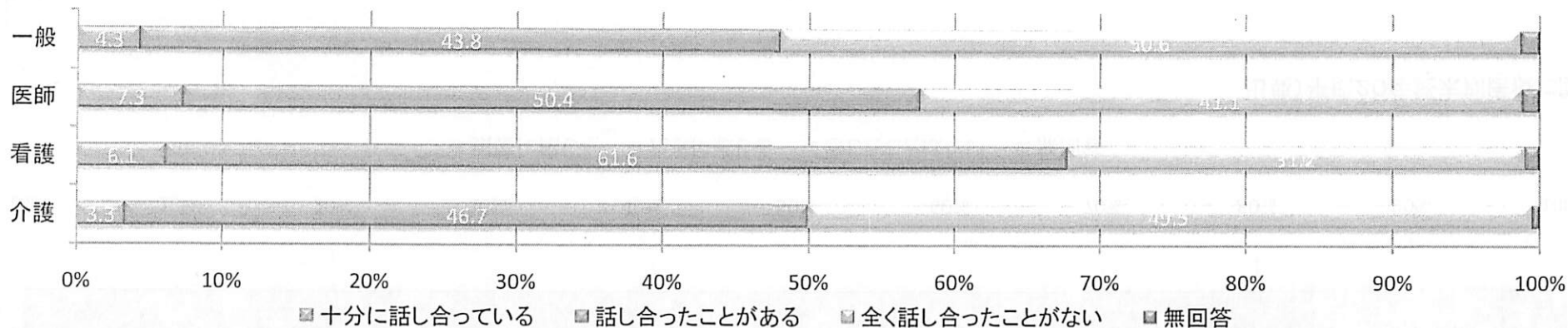


出典) 平成20年度 厚生労働省「受療行動調査」 115

終末期医療に関する調査、3)

■延命医療の継続に関する家族との話し合いの有無について

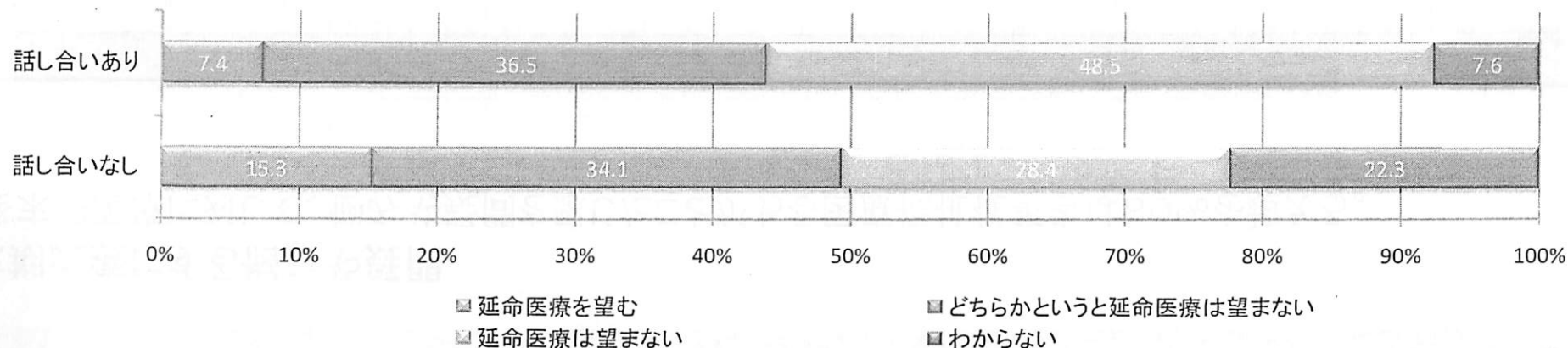
自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、「家族で話し合ったことがある」と「全く話し合ったことがない」で回答が二分した。



出典)平成20年終末期医療に関する調査

■自分が治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合の延命医療について(一般国民)

延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった

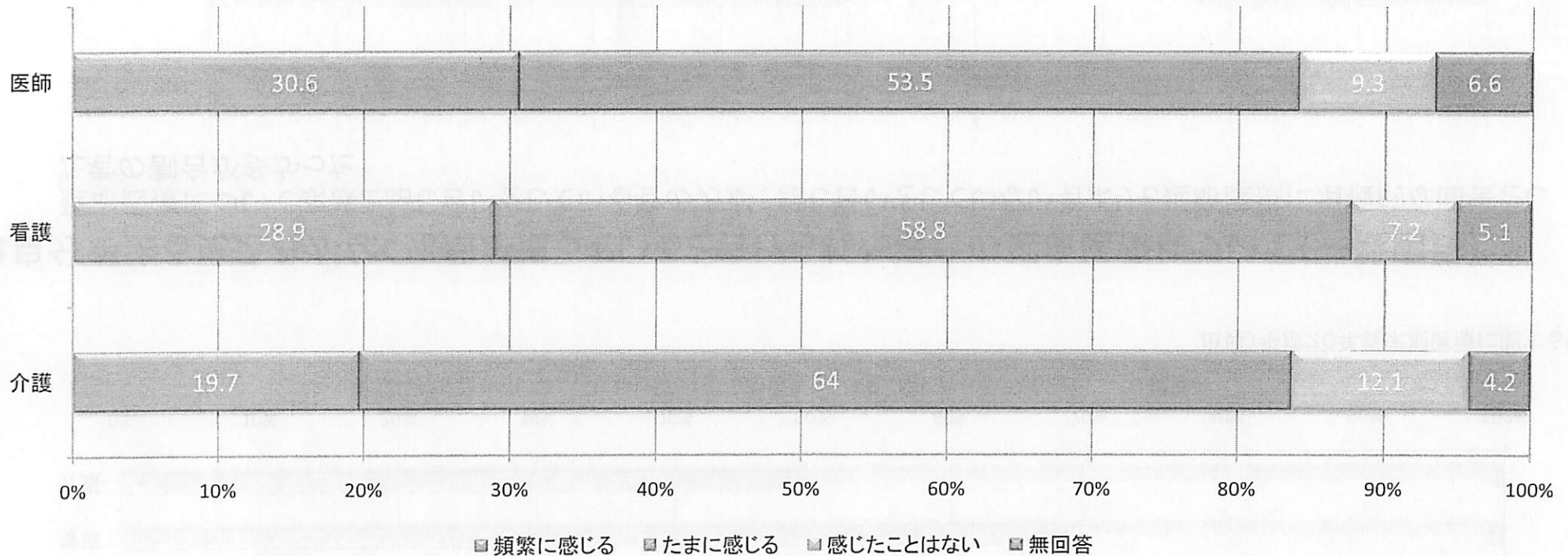


出典)平成20年終末期医療に関する調査16

終末期医療に関する調査(4)

■終末期医療にする悩みや疑問

終末期医療に対して、悩みや疑問を感じたことがある医療福祉従事者は80%を超える。



出典)平成20年終末期医療に関する調査

在宅医療に関する論点

- 子どもから高齢者に至るまで、ライフステージごとのニーズに応じた在宅医療の普及や質の確保を図るために、どのように取り組むべきか。特に、次期医療計画(平成25年から5年)に向け、数値目標等具体的な指針のあり方も含めて、どのように取り組むべきか。
- 地域における看取りも含め、本人の意思を尊重した終末期医療を実現するために、どのような取り組みが必要か。
- 在宅医療・終末期医療に携わる人材育成・確保をどのように進めるべきか。

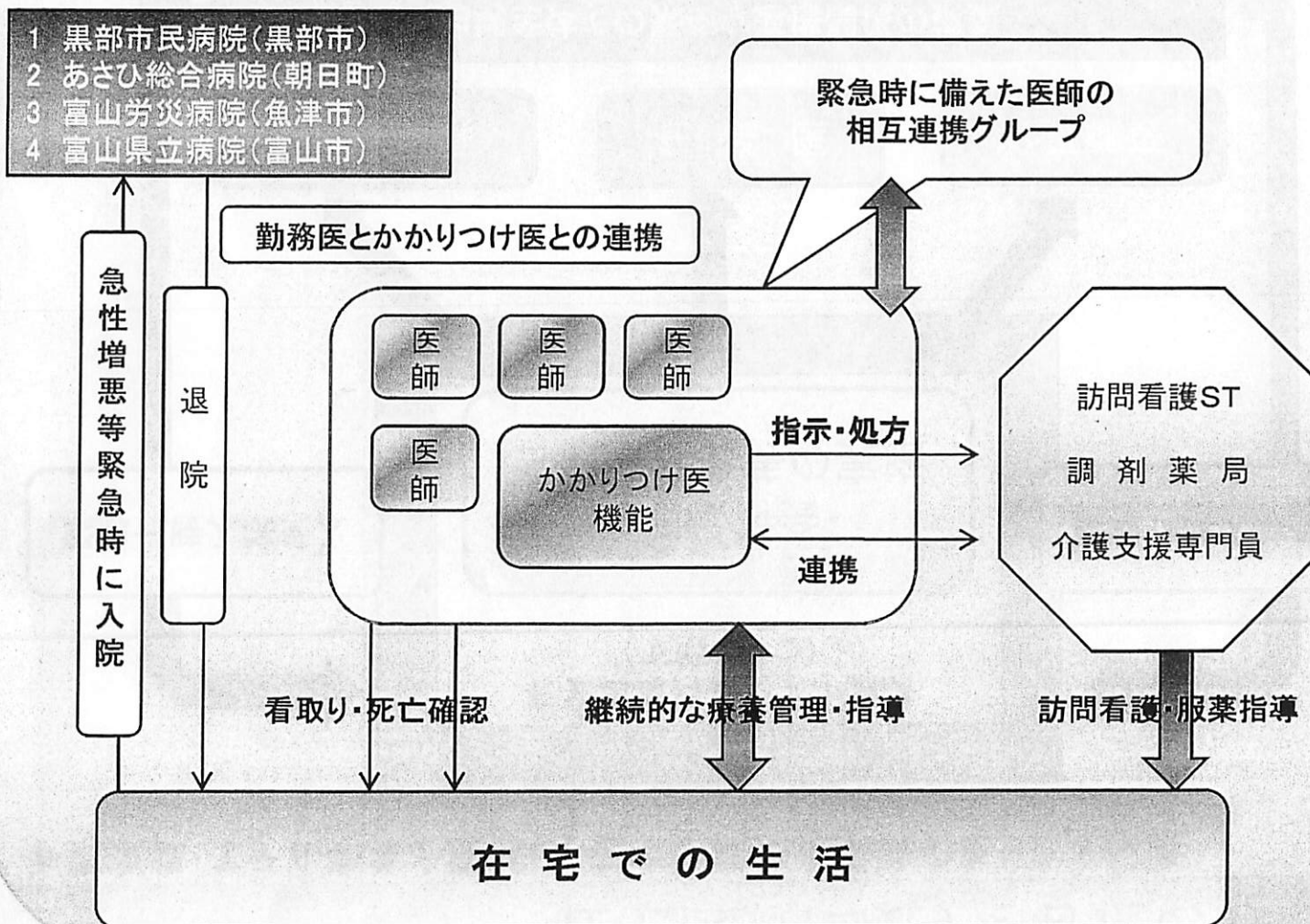
参考資料 2

第15回社会保障審議会医療部会参考資料
(平成22年12月22日)

在宅医療に関する各地の取組①

◆富山県新川地区：在宅終末期パスの導入

過疎・高齢の地域で有志の診療所が、コツコツとできる範囲内の医療・看護をお互いに持ち寄って成立する連携体制を目指す。



○在宅主治医は、一人あたりの対応患者は2-3人まで

○市民病院の地域連携室には、医師会代表を連携室院外部長として配置

○退院前カンファレンスには患者・家族も参加

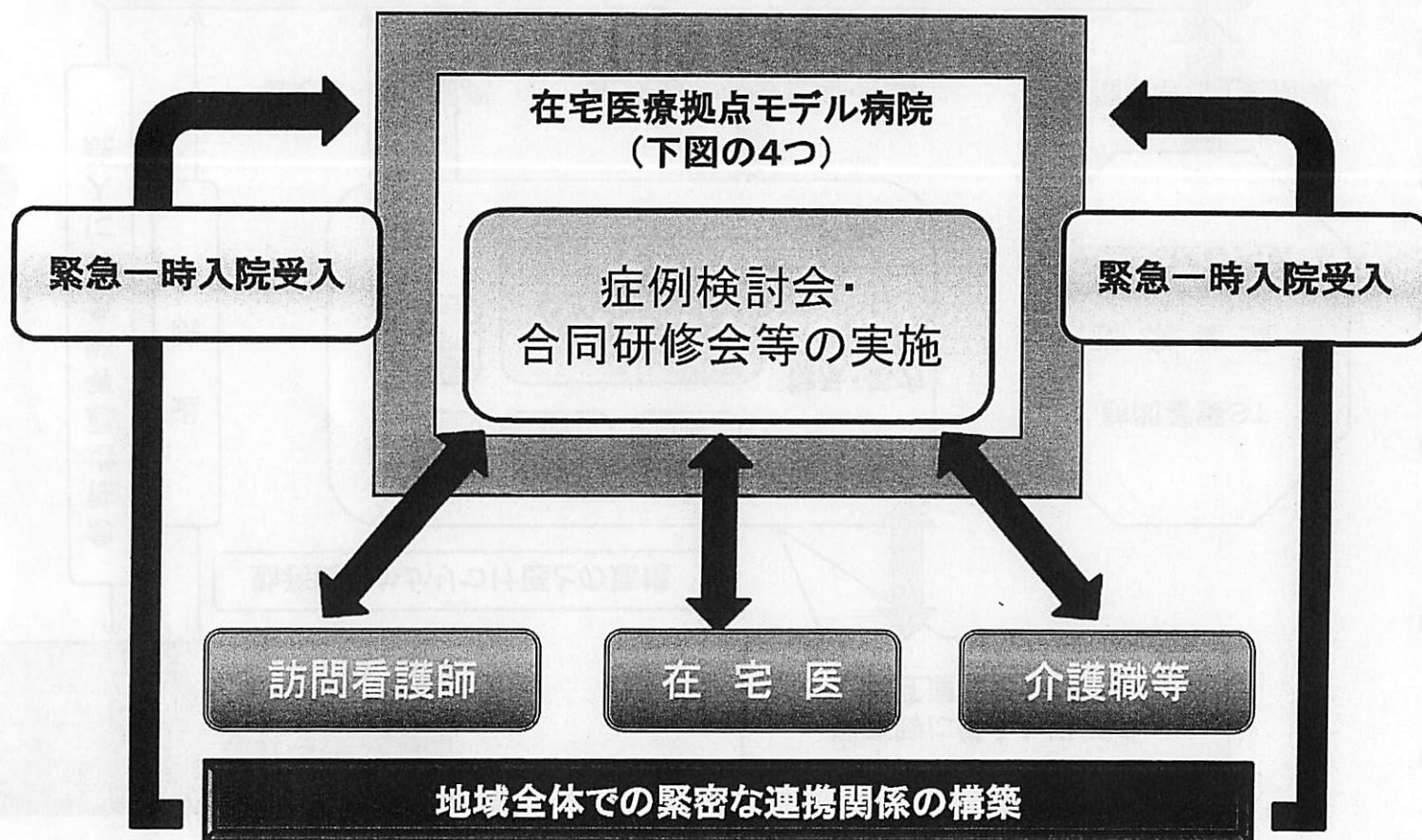
○在宅療養実施計画書に緊急連絡の基準・手順・連絡先を明記

○調剤薬局薬剤師が退院前カンファレンスに参加

○調剤薬局間では、地域でグループを組み、麻薬小売業者間譲渡許可を申請

在宅医療に関する各地の取組②

◆東京都:モデル事業を展開し、在宅医療拠点病院のあり方を模索



○地域における身近な病院を拠点とし、誰もが安心して在宅療養生活を継続できるような地域医療基盤の整備を図るモデル事業を、都内4地域で実施

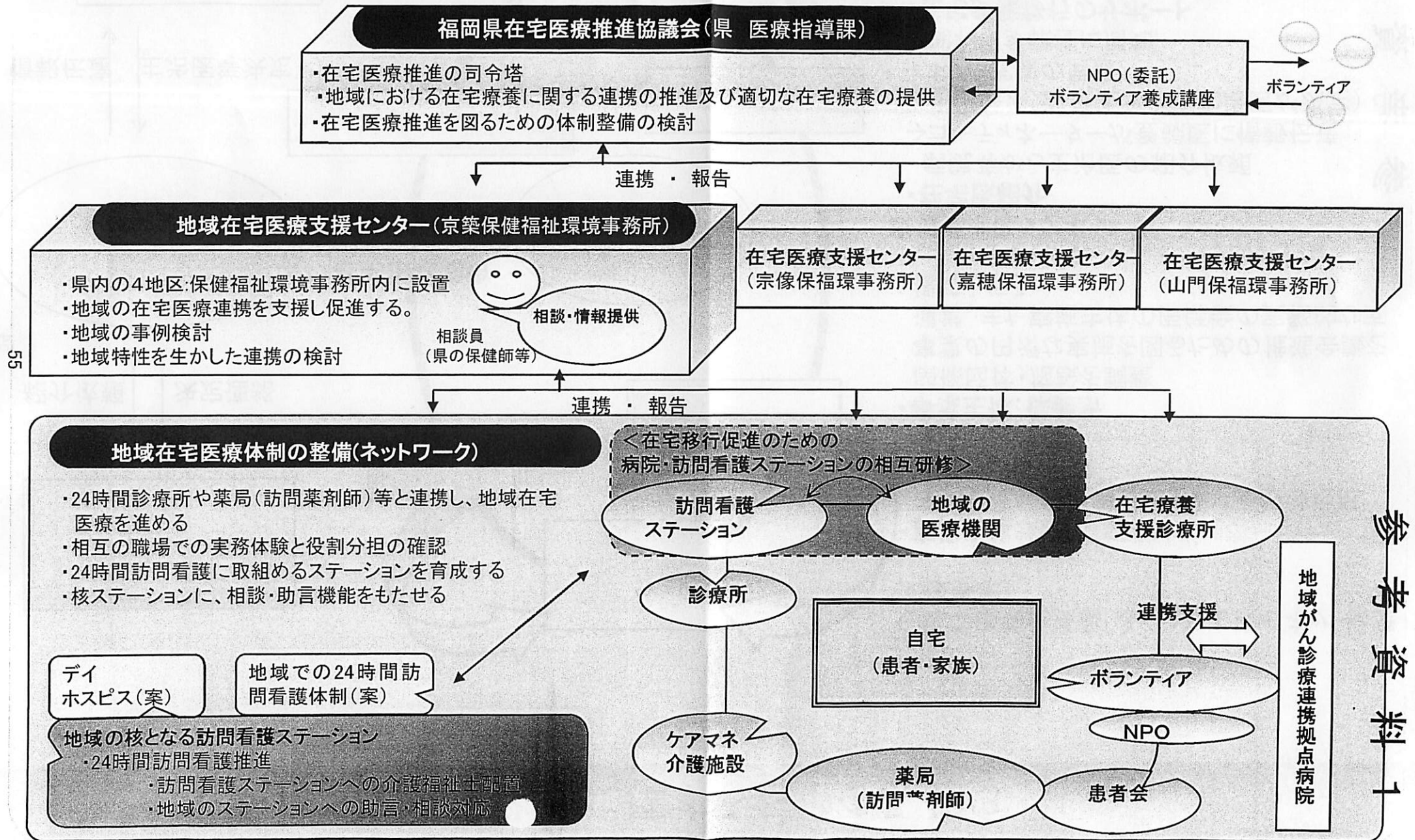
○モデル病院が在宅療養患者の緊急一時入院を受け入れながら、患者の在宅医療を担う医師、看護師、介護職等とともにケースカンファランス(症例検討会)や合同研修会などを行うなかで、地域全体で、在宅療養生活を支えるより緊密な連携関係を構築していく。

モデル地域	台東区	人口16.5万人 高齢化率24%(11%) 1世帯当たり1.83人	荒川区	人口18.4万人 高齢化率23%(10%) 1世帯当たり1.99人	日野市	人口17.3万人 高齢化率20%(8%) 1世帯当たり2.23人	三鷹市	人口17.6万人 高齢化率19%(9%) 1世帯当たり2.03人
二次保健医療圏	区中央部	在宅医51(25) 訪問看護11 訪問介護44	区東北部	在宅医46(15) 訪問看護14 訪問介護50	南多摩	在宅医29(9) 訪問看護6 訪問介護29	北多摩南部	在宅医33(10) 訪問看護9 訪問介護30
モデル病院	区立台東病院 120床;ケアミックス		木村病院 88床;一般病床		日野田中病院 96床;療養病床		野村病院 117床;ケアミックス	

()内は在宅療養支援診療所数

在宅医療に関する各地の取組④

◆福岡県：県及び保健所が中心となり在宅医療および地域連携を促進



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組

在宅医療に対する現状認識

- 高齢者の生活を支える医療として未だ十分定着していない
- 急性期医療、介護サービスとの連携や救急、終末期受け入れ先の確保が不十分
- 在宅死亡比率の増加停滞



国立長寿医療研究センターの役割(中期計画の着実な実施)

センターの中期計画において、在宅医療に関するモデル提供、研究開発等を規定
→国民が地域で安心して生活できる在宅医療システムを確立し、全国的な推進に寄与する。

センターの行動方針

- 在宅医療推進会議の開催による課題抽出、方策推進、政策提言
 - ・ 24時間365日の支援体制のための多職種連携推進
 - ・ 在宅療養支援診療所等の活性化、在宅看取り率の増加
 - ・ 医療・介護サービスにおける連携方策の推進
- 在宅医療支援病棟(医療提供、ネットワークモデルの研究開発)
 - ・ 地域の在宅医療実施診療所と連携、需要調査
 - ・ 患者・家族の臨床・QOL向上への効果を評価(高齢者総合生活機能評価の実施)
 - ・ 在宅看護で重視すべきケアの分析・評価
- 在宅医療の効果、経済分析等に関する研究
- 関係医療団体、学会、NPO等に対する支援



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組(在宅医療推進会議)

在宅医療推進会議(平成19年5月設置)

1 位置づけ

国立長寿医療研究センター総長が召集し、わが国における在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くために開催。

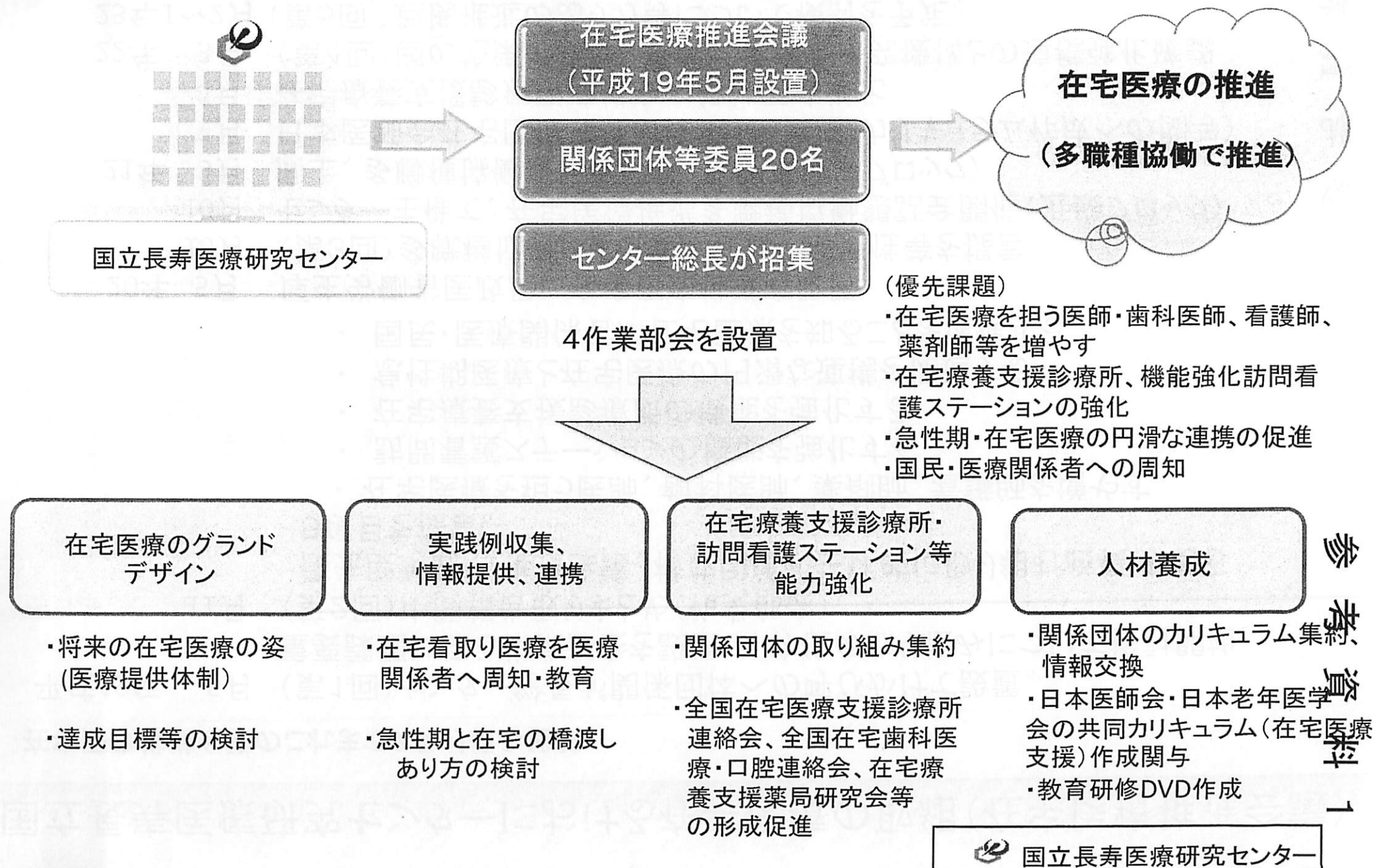
会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。

2 メンバー

- ・日本ホスピス・在宅ケア研究会
- ・日本薬剤師会
- ・日本老年医学会 東大大学院医学系研究科
- ・尾道市医師会
- ・日本介護支援専門員協会
- ・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- ・日本看護協会
- ・日本在宅医学会
- ・日本訪問看護振興財団
- ・日本在宅医療学会
- ・在宅医療助成 勇美記念財団
- ・長寿科学振興財団
- ・日本歯科医師会
- ・東大 高齢社会総合研究機構
- ・日本プライマリ・ケア連合学会
- ・国立がん研究センター中央病院緩和医療科
- ・日本医師会
- ・全国国民健康保険診療施設協議会
- ・日本ホスピス緩和ケア協会
- ・全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会

- | | |
|--------|------|
| 蘆野 吉和 | 副理事長 |
| 安部 好弘 | 常務理事 |
| 大内 尉義 | 会長 |
| 片山 壽 | 会長 |
| 木村 隆次 | 会長 |
| 黒岩 卓夫 | 会長 |
| 坂本 すが | 副会長 |
| 佐藤 智 | 顧問 |
| 佐藤 美穂子 | 常務理事 |
| 城谷 典保 | 会長 |
| 住野 勇 | 理事長 |
| 祖父江 逸郎 | 理事長 |
| 池主 憲夫 | 常務理事 |
| 辻 哲夫 | 教授 |
| 前沢 政次 | 理事長 |
| 的場 元弘 | 医長 |
| 三上 裕司 | 常任理事 |
| 山口 昇 | 常任顧問 |
| 山崎 章郎 | 理事 |
| 米満 弘之 | 会 |

国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組(在宅医療推進会議)



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組(在宅医療推進会議)

在宅医療推進会議のこれまでの取り組み経緯

- 平成19年 5月 (第1回)センター総長が関係団体への呼びかけて設置。
重要課題に係る作業部会を設置し、今後の取り組みについて検討開始。
- 11月 (第2回)中間報告取りまとめ(作業部会)
優先度が高く、推進会議、構成団体が主体的に取り組む必要のある
5項目を提言。
- ・ 在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師を増やす
 - ・ 訪問看護ステーションの機能を強化する
 - ・ 在宅療養支援診療所の機能を強化する
 - ・ 急性期医療と在宅医療の円滑な連携を促進する
 - ・ 国民・医療関係者が在宅医療を知ること促進する
- 20年 5月 厚生労働省医政局に在宅医療推進室設置。
- 10月 (第3回)多職種協働による連携強化の必要性等を提言
- 10月 センター主催で、在宅医療推進多職種協働懇話会開催(近畿ブロック)
- 21年 3月 同上、多職種協働懇話会開催(北関東地域ブロック)
- 3月 日本医師会在宅医療支援研修第1回実施(カリキュラム作成への関与)
- 4月 在宅療養支援診療所連絡会一般社団法人化
- 22年 3月 (第4回)国の施策の現状、高齢社会総合研究機構との連携強化確認
- 23年1~2月 (第5回,)連携推進のあり方等について検討を予定。

(この他センターとして、在宅医療推進フォーラムを関係団体と毎年、計6回開催)



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組(在宅医療支援病棟)

「在宅医療支援病棟」の位置付け:NCの中期計画に基づく取り組み

高齢者に対する在宅医療支援モデルの開発

高齢化の更なる進展

療養病床の再編成

(センター中期計画)
全国の在宅医療体制整備
モデルの提示・研究開発

地域ケア体制のイメージ

在宅医療

- ・往診
- ・訪問看護
- ・訪問リハ
など

ー目標ー

医療や介護を必要とする状態となっても、
住み慣れた自宅や地域で療養したい、介
護を受けたいと希望する高齢者の意向が
最大限尊重できる体制の構築・整備

地域ケア体制

介護
サービス

- ・施設サービス
- ・在宅サービス

多彩な見守り
サービス

- ・安否確認
- ・生活相談
- ・住宅改修
など

支援

在宅医療支援病棟

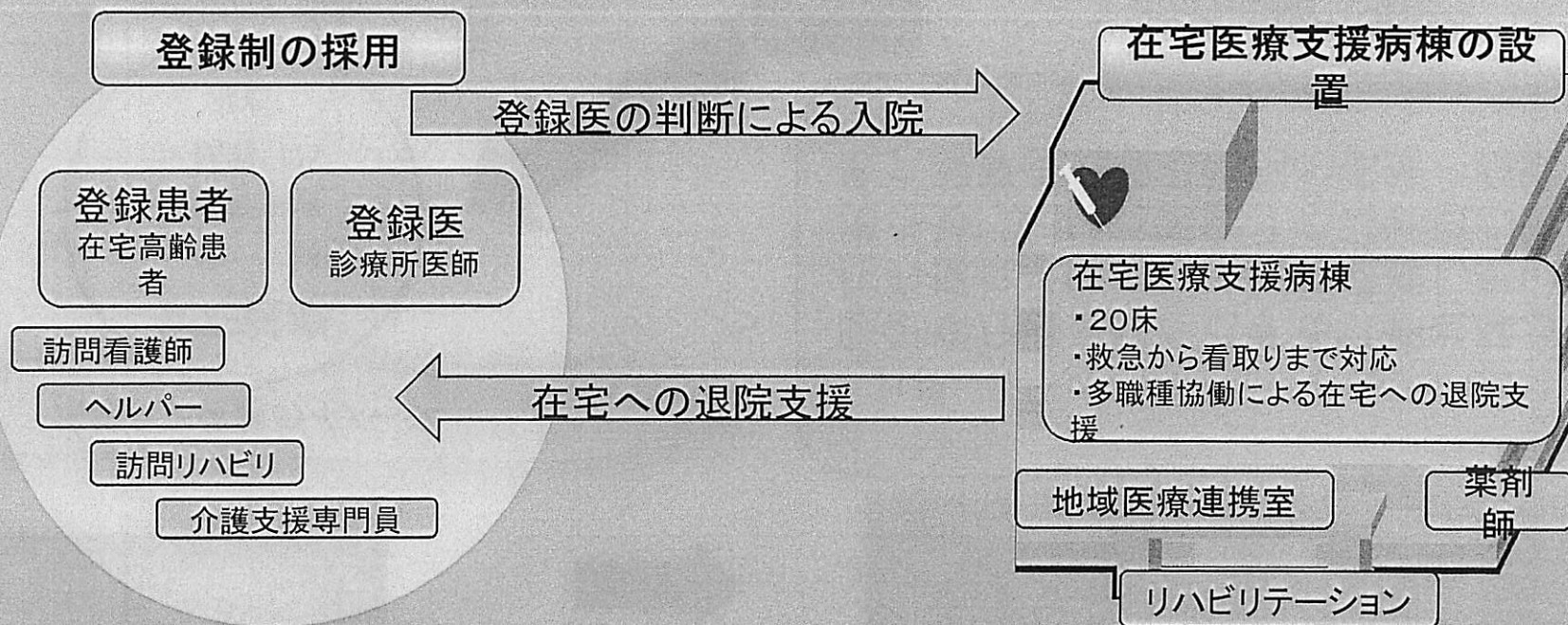


国立長寿医療研究センター

国立長寿医療研究センターにおける取り組み(在宅医療支援病棟)

◆愛知県国立長寿医療研究センター:在宅医療支援病棟

在宅ケアチームと病院チームの切れ目のない医療・ケアを目指す。



国立長寿医療研究センター近隣の在宅ケアチーム

国立長寿医療研究センター病院チーム

2009年4月～2010年3月の在宅医療支援病棟への入院患者の調査結果

延べ254件(164名)が利用 平均年齢78.7歳

平均入院日数15.8日

入院目的は治療(57.0%)、在宅療養のための指導・調整(23.2%)、レスパイト(8.7%)

紹介入院164名中76名が死亡、うち自宅死亡25名(在宅死亡率32.9%)



我が国の終末期ケア（海外との比較）

The quality of death – Ranking end-of-life care across the world

(A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by LIEN foundation, 2010)

- エコノミストインテリジェンスユニットによって2010年に発表された、OECD30カ国を含めた40カ国の終末期ケアに関するランキング。
- 日本は40カ国中23位。1位はイギリス、2位オーストラリア、3位ニュージーランド。
- 高齢化、終末期ケアへの予算不足、終末期ケアに対する患者の財政負担、ホスピスや緩和ケア施設の数、国家緩和ケア戦略がないこと、終末期ケア従事者の認定制度がないことなどが低い評価の原因となっている。
- 報告書の中で指摘されている主な各国共通の課題
 - 「死に対する認識」、「文化的タブー」が緩和ケアを推進する上での課題である。
 - 終末期ケアに対する予算は限られており、通常、従来の治療が優先される。
 - 緩和ケアに必要なのは施設内のケアよりも研修が必要である。

英国Gold Standards Frameworkの概要

■Gold Standards Framework (GSF)導入の背景

○60%の国民が望んだ場所での死を迎えられていない。

○地域の医療従事者が熱心に取り組んでいるにもかかわらず、症状のコントロールや家族の介護負担、病状の変化への困惑などにより、入院をせざるを得ない状況に陥ることが多々ある。



患者・家族も含めた関係者間のコミュニケーションやコーディネーション、緩和ケア専門家や時間外対応システム等様々な関連機関との連携も含め、地域緩和ケアを改善していくシステム構築についての検討が始まった。

■GSFとは？

○2005年に導入されたEnd of Life Care Programの柱となる緩和ケアプログラム。

○地域の多職種チームを中心として、余命1年以内の者に対し、最高水準の緩和ケアを提供することを目的とする。

■GSF導入の流れ

- ・2001年 GSFの試験導入
- ・2003年 終末期患者を対象としたEnd of Life Care Programが策定される。
- ・2005年 NHS(National Health Service)のEnd-of Life Care Programの一環として、1200万ポンド(約25億円)を拠出し、全国のGSFを統括する中央チームを設置
- ・2006年 GSFの一部が、Quality and Outcomes Framework (医学的な指標を基に到達目標を設定し、その到達度を点数化して診療報酬が加算されるシステム)の対象になった。
- ・2009年 90%超の診療所医師がこの診療報酬を算定。
60%以上がC4以上の介入を実施。
15%がC1-C7のすべてのタスクを実施。

■GSFのKeyとなるタスク

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| C1 Communication (登録/方針・情報の共有) | } Step1 |
| C2 Co-ordination (調整) | |
| C3 Control of symptoms (症状コントロール) | } Step2 |
| C4 Continuity of Care (ケアの継続性) | |
| C5 Continued learning (継続的な学習) | } Step3 |
| C6 Carer support (介護者の支援) | |
| C7: Care in the dying phase (看取りのケア) | |

英国Gold Standards Frameworkの普及システム

National Health Service(NHS) (国レベル)

Primary Care Trust(PCT) (地域レベル)

Primary Care Trust(PCT)

人口10-20万人ごとの医療圏。
税を財源とし、管轄される医療圏
の診療所医師・訪問看護師・保健
師などによって提供される医療を
すべて把握している。

Primary Health Care Team(PHCT) (診療所レベル)

Primary Health Care Team(PHCT)

GPがグループ診療を行う診療所の多くは「ヘルスセンター」と呼ばれ、多職種(医師、訪問看護師、保健師、各種療法士など)で構成されている。このヘルスセンターを一つの単位としてプライマリケアが運営されている。

GSF中央チーム

ファシリテーター

ファシリテーター

ファシリテーター

■GSF中央チーム

*タスク: 各地域のGSF推進や円滑な実施を支援。

(例: Webサイトでの情報提供・ワークショップの開催・電話相談・ニューズレターの発行・診療支援のための様々なツールの提供)

■GSFファシリテーター

中央チームから教育を受けたGPや看護師などが各PCTに雇用され、配置される。PHCTのコーディネーターの指導等を実施する。

*タスク

- ・実践のプロセスに関する監査とフィードバック
- ・ディスカッションやコンセンサス形成のファシリテーション
- ・計画立案、責任の割り当て
- ・教育機会の提供
- ・実践開発・プロトコール管理・データ収集

■GSFコーディネーター

通常は訪問看護師がコーディネーターを担う。

GSFでは、コーディネーターがその役割をうまくこなせるように様々なツール(practice co-ordination toolkit)が用意されている。

*タスク

- ・各ケアチームのコーディネート
- ・チームミーティングの開催
- ・PCTのGSFファシリテーターの協力の下、各PHCTがGSFを実施できるように機能する。

■GSFの特徴

- もとは地域で行われていた取組が国家レベルに応用されたものである。
- これまでの知見やベストプラクティスをもとに策定された教育ツールによる人材育成(診療所レベルの草の根リーダーを養成)。
- 地域のファシリテーターが教育活動を展開するため、地域の医療従事者のレベルやニーズに合った進め方が可能。
- 最初からすべてを要求するのではなく、STEP1からSTEP3にわけ段階的にレベルの向上を目指す。
- 患者のみではなく、家族へのサポートにも主眼を、いたプログラム。

2009年度在宅医療支援病棟関連データ

2009年度在宅医療支援病棟関連データ

1. 登録医・登録患者数

	2009年4月	→	2010年3月
登録医	12名		48名
登録患者	75名		169名

2. 登録患者救急搬送数(243名中)

国立長寿医療研究センターへの緊急入院数 65名 vs. 他院への救急搬送数 10名

3. 入院患者の主疾患(164名中)

悪性腫瘍(39.0%)、神経・筋疾患(17.7%)、脳血管障害(11.6%)、呼吸器疾患(11.0%)、認知症(10.4%)

4. 入院形態(登録患者243名中164名、延べ253件の入院)

救急(48.4%)、予約(35.4%)、他病棟からの在宅移行支援目的での転棟(16.1%)

5. 在宅医療支援病棟入院患者在宅復帰率

在宅移行患者数 199件 (全入院患者数の78.7%, 死亡退院を除くと97.5%)

6. 病院内死亡患者(49名)の入院日数

平均10.1日

1～5日	6～10日	11～20日	21～30日	31日以上
46.9%	20.4%	20.4%	4.0%	8.0%

救急、緩和ケアやレスパイトに対応することで、
「できるだけ長く自宅で過ごす」ための支援が可能



全日本病院協会

平成23年2月7日

在宅医療について

全日本病院協会 会長
社会医療法人 恵和会 理事長
西澤 寛俊

医療提供のあり方

- ・ 常に顧客志向に立った最善の医療の提供
患者の選択に必要な医療機関に関する情報の開示
患者との信頼関係をベースとした診療情報の開示
- ・ 外来医療・入院医療を、機能により細分化
⇒地域の状況などにもとづいて、医療機関
が自らその機能を決める
⇒総体として、機能分化と連携を推進すべし

入院機能にもとづいた病棟区分

病棟区分	病棟機能
高度医療病棟	先端医療など医療密度の極めて高い医療の提供
急性期病棟	<p>一般的な急性疾患、外科的処置を要する疾患患者の受け入れ。</p> <p>大規模病院が中心となるが、単科の専門病院でも設置しうる。</p>
地域一般病棟	<p>軽症急性疾患患者の受け入れ。</p> <p>地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク。</p> <p>急性期病棟からの亜急性患者の受け入れ。</p>
回復期リハ病棟	リハビリテーションに特化した専門病棟。
療養病棟	医療密度の高い長期療養患者の受け入れ。

継続的ケアの確保

- 急性期から慢性期医療、在宅医療および介護にいたる適切な継続的ケア(Continuum Care)が必要

⇒地域での患者情報の共有と活用
ケアコーディネーターを中心とした連携
システムの構築

在宅医療のあり方

在宅医療の変遷

- ・1991年：老人保健法改正によって、老人訪問看護制度が創設された
- ・1994年：健康保険法改正において、在宅医療の位置付けが明文化された。
また対象が高齢者のみであったものが、在宅で医療・療養を受ける全ての者へと変わった
- ・2000年：介護保険法に基づく、訪問看護が開始された
- ・2006年：診療報酬改定において「在宅療養支援診療所」が創設された。

従来の在宅医療

- ・訪問看護ステーションを中心とし、それに医療面で指示を与える地域の診療所、急変時の受け入れを行う病院が支援を行うという構成が多い
 - ・ADLが低下し通院は困難であるが、医学的には比較的軽症の慢性疾患患者が主たる対象
 - ・在宅での死亡を希望する者が少なくないにもかかわらず、実際には終末期の医療は実現していない
 - ・現在の在宅医療システムが、医療密度の高い患者、終末期の患者には十分に対応できないことを示唆している
- ⇒より医療密度の高い患者、終末期に対する在宅医療の仕組みが整備される必要がある

今後想定される在宅医療システム

- ・従来の看護師を主体としたものから、医師、看護師、ケアマネージャー、コメディカル等のチームを主体としたものであること
- ・地域の病院あるいは24時間対応が可能な診療所が医療提供主体となること
- ・急変時には常時入院治療が可能なこと
- ・在宅医療について医師、看護師などの教育プログラムに取り入れること
- ・現在、大学での医師の教育は急性期の入院医療を重視しており、慢性期の入院、外来、在宅医療が今後重要性を増す領域であるにもかかわらず、これらのよいモデルの構築、教育プログラムの開発は未だなされていない。とくに、大学における医師の教育に在宅医療が導入されることが望ましい。

中小病院の役割

- ・2006年度の診療報酬改定において「在宅療養支援診療所」が創設され、在宅医療重視の姿勢が打ち出され、より医療密度の高い患者、終末期の患者を対象とする方向性が示されたことは、高く評価される。

しかしながら、これら患者に対応した在宅医療を行う医療機関を診療所に限定する必要はない。特に中小規模の病院が直接行うことがより实际的であり、病院が在宅医療を実施する上での診療報酬上の評価が明らかにされることが望ましい

- ・大都市近郊の、高度経済成長期に作られた大規模団地や住宅地等では住民の高齢化が進み、地域住民の大部分が高齢者である地域が出現することが予想される。そのような地域では、在宅医療を行う診療所、中小規模の病院を中核にして、住民の健康管理を行い、急病への対応、専門病院の紹介等を行うことも考えられる。これには、医療機関、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護施設等医療関連機器の役割分担、住民の同意、個人情報の管理等、検討すべき上でひとつのあり方として注目される

- ・意欲的な地域を定め、在宅医療の取り組みの試行が行われるべきである

全日病の役割

- ・地域モデルの展開を積極的に支援するし、その情報を会員に提供する

亜急性期入院医療管理料(H16年新設)

急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設からの患者であって症状の急性増悪した患者に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室である

施設基準

- ・主として亜急性期の患者を入院させ、一般病棟の病室を単位とする
- ・当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること
- ・看護職員数は、2.5(13対1)又はその端数を増すごとに1以上であること
- ・看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること
- ・専任の在宅復帰を担当する者が適切に配置されていること

亜急性期入院医療管理料(H20年改訂)

・亜急性期入院医療管理料1(2,050点)

急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室

・亜急性期入院医療管理料2(2,050点)

急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い急性期ごの医療を提供する病室

※許可病床数200床未満に限る。また、当該病室に入院した日から起算して60日以内を限度とする(1は90日を限度)

平成22年度診療報酬改定について

平成21年12月23日

全体改定率 +0.19% 約700億円

1. 診療報酬改定率(本体) +1.55% 約5,700億円

医科	+1.74%	約4,800億円
入院	+3.03%	約4,400億円
外来	+0.31%	約400億円
歯科	+2.09%	約600億円
調剤	+0.52%	約300億円

※急性期入院医療に概ね4,000億円程度を配分する。

また、再診料や診療科間の配分の見直しを含め、従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急・産科・小児科・外科の充実等を図る。

2. 薬価改定率 ▲1.36% 約5,000億円

薬価改定 ▲1.23%(薬価ベース ▲5.75%) 約4,500億円

材料価格改定 ▲0.13% 約500億円

平成22年度診療報酬改定から見る今後の医療提供体制

・機能分化と連携

- ・救急・急性期入院医療から在宅医療・介護まで
- ・医療機関完結 → 地域完結
- ・地域ネットワーク(横の連携)
- ・診療ネットワーク(縦の連携)
 - ・地域連携クリニカルパス
 - ・ケースミックス

・地域(医療圏)で考える

- ・地域の特性

┌	都会	へき地
	物的資源	人的資源
	アクセス	

- ・地域のニーズに合った医療提供(医療計画の4疾病5事業等)

・情報の開示(評価と選択)

・質の評価

地域一般病棟について

社団法人 全日本病院協会

地域一般病棟の概念

→ 生活圏もしくは、一次医療圏が前提

役割

地域ケアを中軸としたトータル・ケアサービス

在宅ケアを中心に、利用者の状態を考慮した医療の提供
基軸は地域における医療機関・介護施設とのネットワーク

機能

リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能が必須

急性期病棟からの受け入れ

在宅医療の後方支援機能

24時間体制での対応

必要と考えられる人員基準

医師、看護要員は現行の一般病棟基準以上

PT、OT、ST等リハビリテーションスタッフを配置

医療ソーシャルワーカー(MSW)を配置

入院対応疾患

軽～中等度の肺炎、脳梗塞等、内科疾患

一般的な骨折等、外科疾患

慢性疾患の急性増悪

地域一般病棟の誕生

2001年の「高齢者医療制度改革」の議論では、保険制度・財源論が主体となっていたことに対し、四病院団体協議会の高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会が提唱した概念



地域一般病棟の位置付け

全日病では、「病棟単位での機能分化」を主として考えている

病棟区分	病棟機能
高度医療病棟	先端医療等医療密度の極めて高い医療の提供
急性期病棟	一般的な急性疾患、外科的処置を要する疾患患者の受け入れ 大規模病院が中心となるが、単科の専門病院でも設置しうる
地域一般病棟	軽症急性疾患患者の受け入れ 地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク 急性期病棟からの亜急性患者の受け入れ
回復期リハビリテーション病棟	リハビリテーションに特化した専門病棟
療養病棟	医療密度の高い長期療養患者の受け入れ

『病院のあり方に関する報告書 2007年版』より、抜粋

なぜ、病棟単位なのか

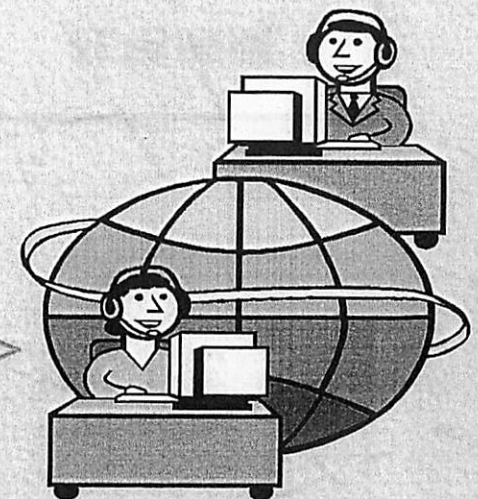
地域一般病棟は、中小病院ならば地域一般病院



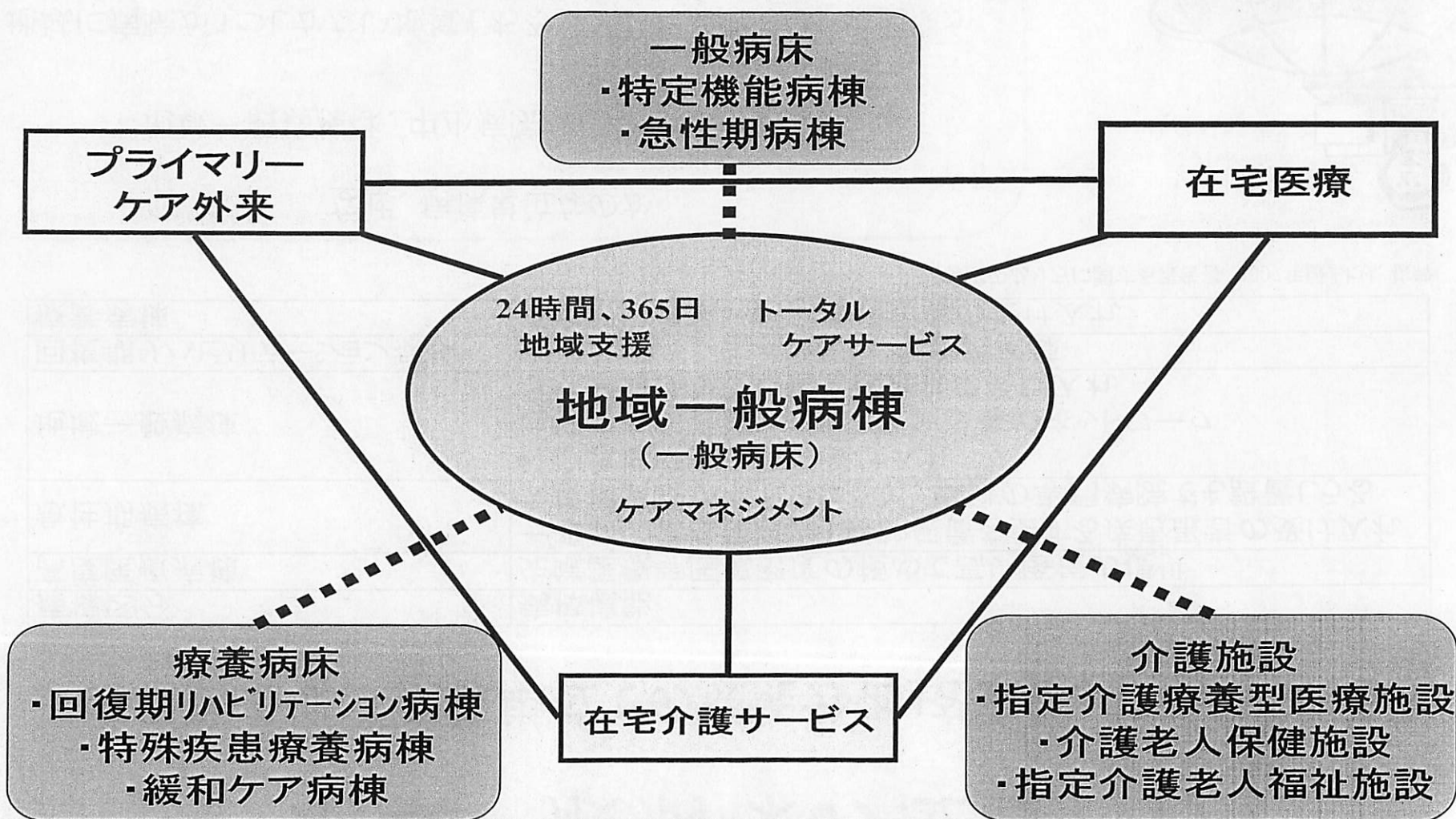
地域に病院が1つしかない地域もある。こうした病院では、急性期から慢性期に至る迄、広範な領域をみないといけない



病院の一部に地域一般病棟としての機能を持たせるのが望ましいので、地域一般「病棟」とした



地域一般病棟を中心とした連携



『病院のあり方に関する報告書 2002年版』より、抜粋

医療介護の連携について

4. 論点

(在宅療養支援診療所・病院)

- 緊急時の連絡体制については、自宅での療養上必要とする割合が高い一方で、在宅療養支援診療所の負担感は大いだが、自院の複数の医師による当番制や、24時間連絡対応を行う看護職員等の配置など、システムの対応を行っている在宅療養支援診療所の評価についてどのように考えるか。
- また、入院機能を有する医療機関との連携等により、24時間対応や緊急入院体制を確保し、自院で看取りを行っている在宅療養支援診療所等の評価についてどのように考えるか。
- 地域の在宅医療において、24時間対応や緊急時入院病床を確保する上で、在宅療養支援病院に期待される役割としてはどのようなものが考えられるか。

(訪問看護)

- 訪問看護ステーションについては、小規模ステーションが多く、また、その業務内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではない。訪問看護ステーションにおいて、看護職員とその他の職員で役割分担を進めて効率的に訪問した場合の評価についてどのように考えるか。
- 在院日数が短縮しつつあり、入院から在宅療養生活へ移行するための準備に対する支援が必ずしも十分でない。このため、退院直後については、期間を限定して訪問看護の回数制限のない対象者の範囲を拡大することについてどのように考えるか。

在宅医療に係る現状と課題

現状

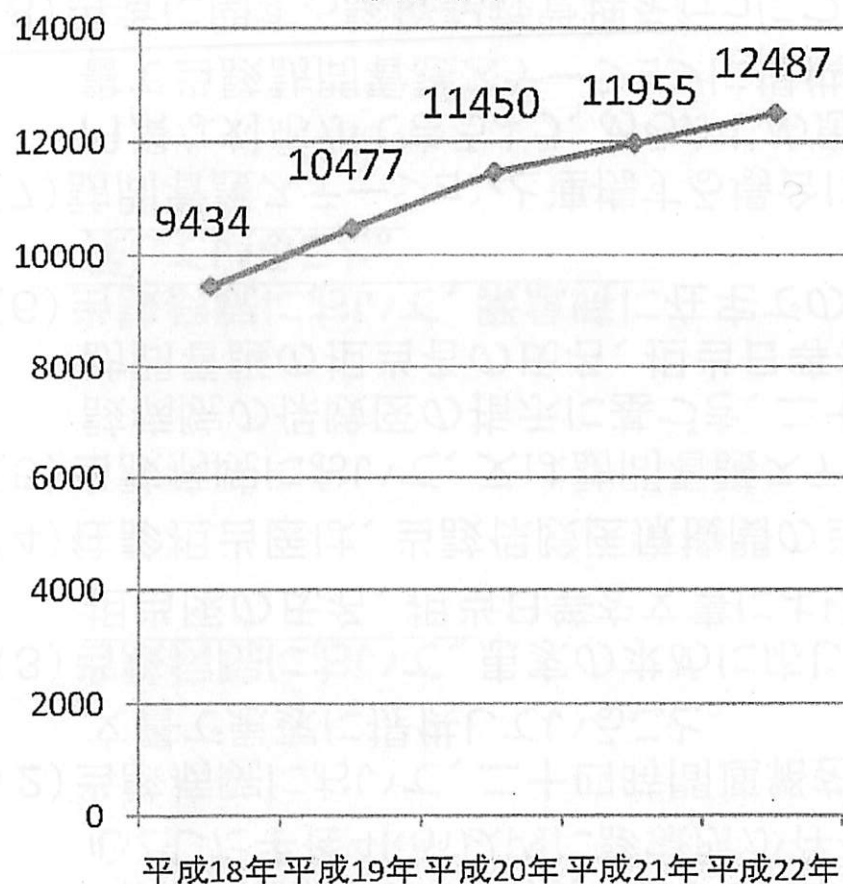
- 75歳以上人口の増加と若年世代の減少
- 高齢者の単独世帯の増加
- 低い在宅死亡率
- 医師数・看護師数の需給ギャップ

課題

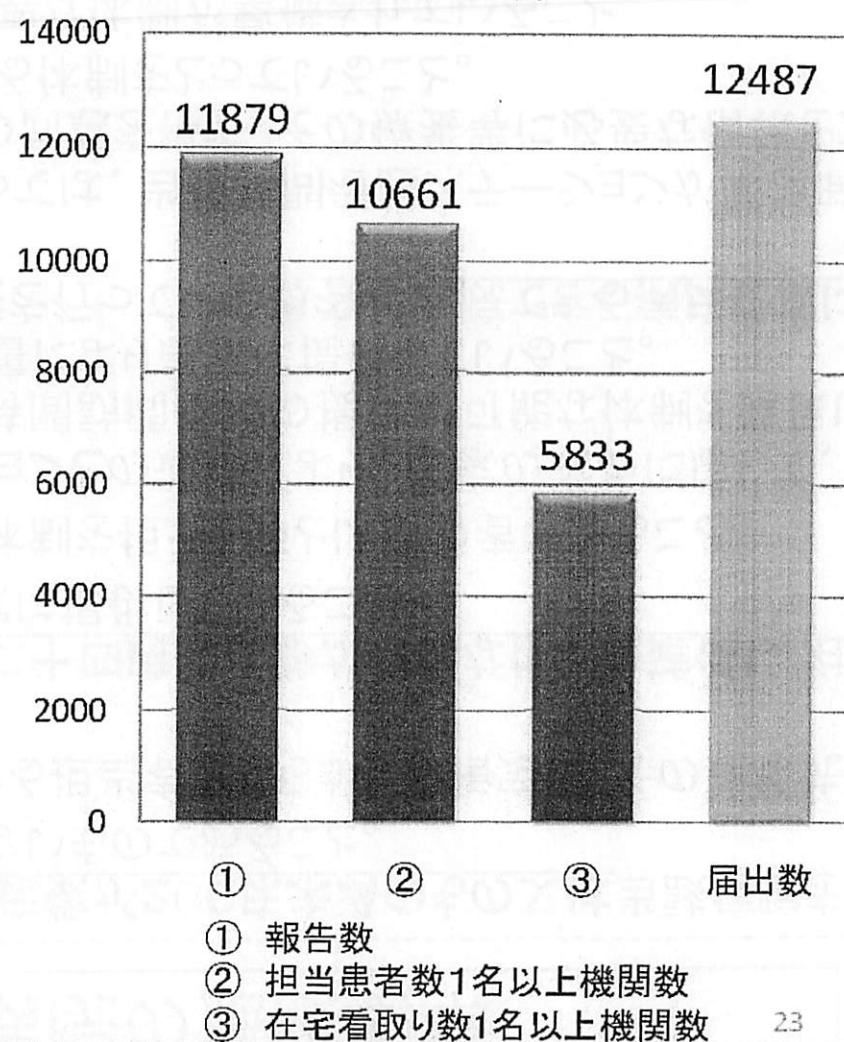
- 増加する在宅医療の需要への対応
- 効率的な在宅医療の提供
- 急変時対応等、利用者のニーズにあった在宅医療の在り方

在宅療養支援診療所の届出数の推移

在宅療養支援診療所 届出数



在宅療養支援診療所の内訳 (平成22年)



- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

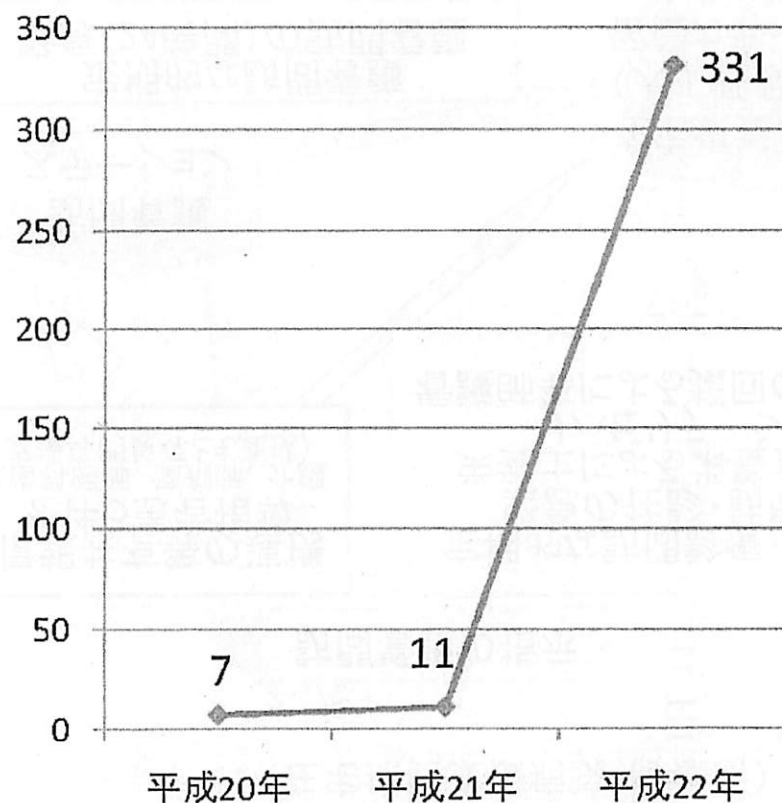
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅療養支援病院の施設基準

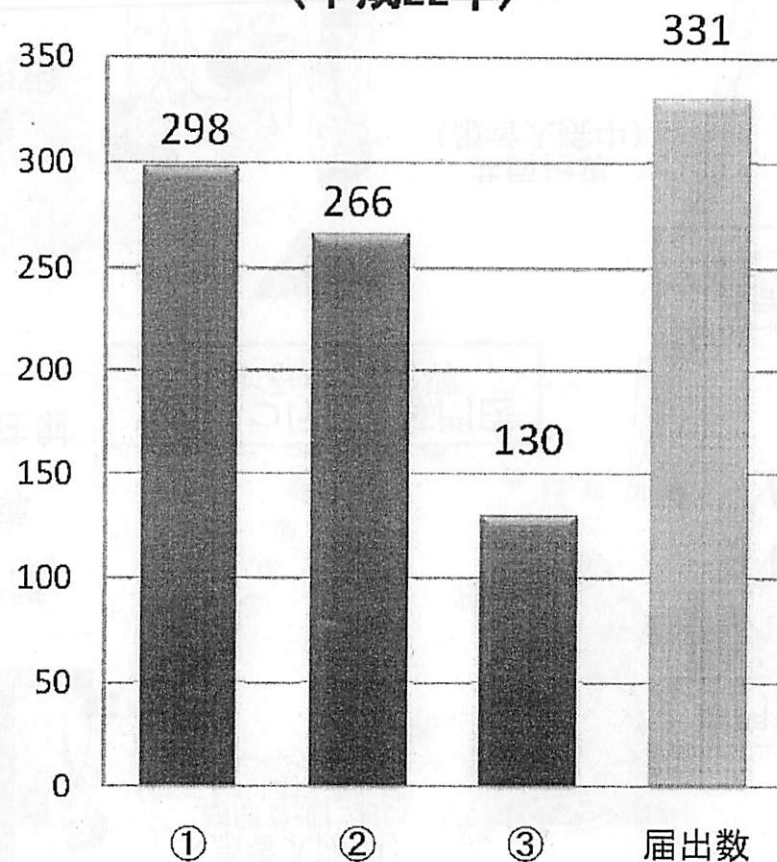
- (1) 保険医療機関である病院であって、**許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものであること。**
- (2) 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- (3) **当該病院において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。**
- (4) 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
- (5) 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (6) **当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。**
- (7) 訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- (8) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (10) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

在宅療養支援病院の届出数の推移

在宅療養支援病院 届出数



在宅療養支援病院の内訳 (平成22年)

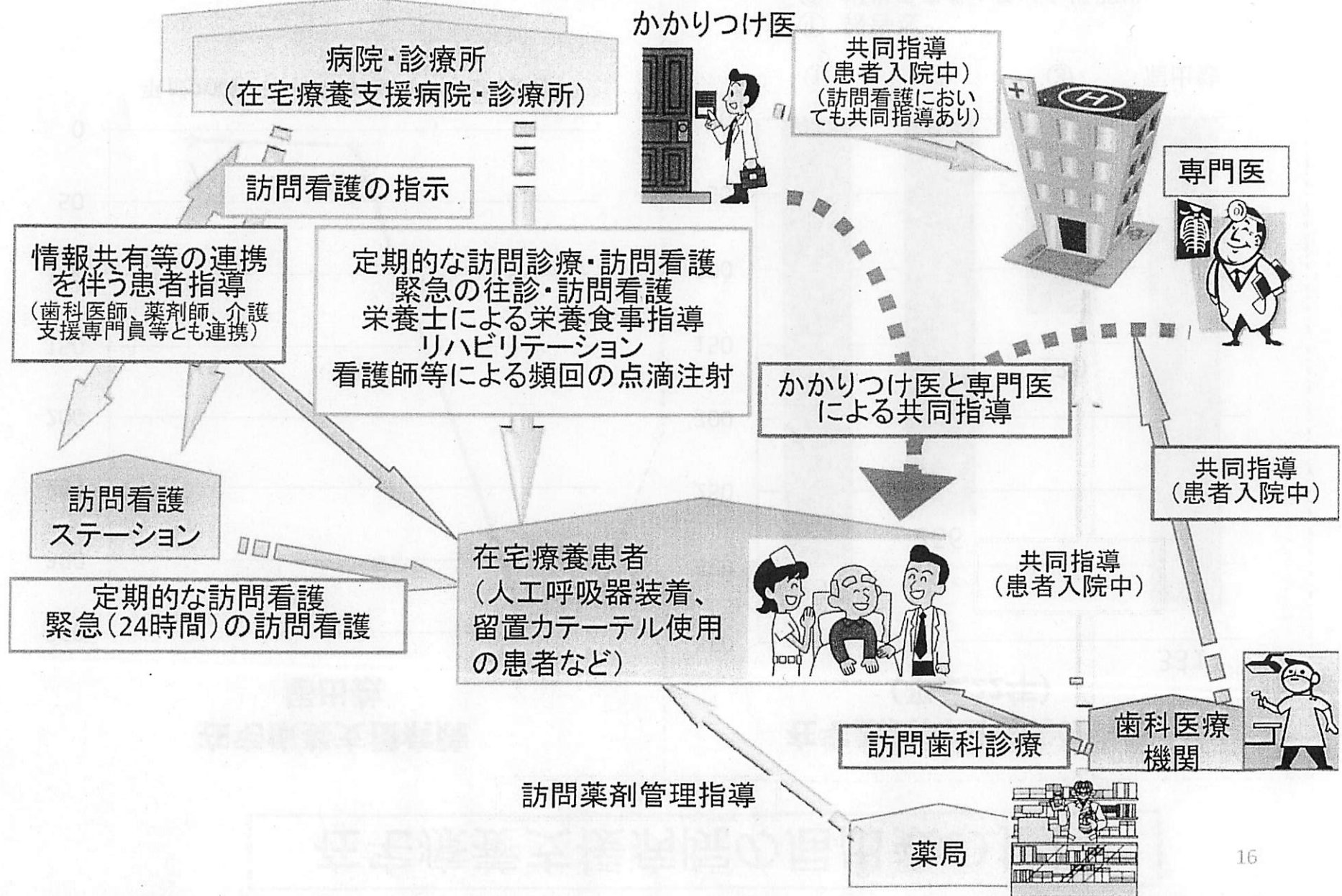


- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

24

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅医療の提供体制



日本慢性期医療協会

2011年2月7日(月)17:00～19:30
第5回 在宅医療推進会議

「在宅療養を支える 慢性期医療の役割」

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

武久 洋三

平成22年度診療報酬改定 答申書 附帯事項

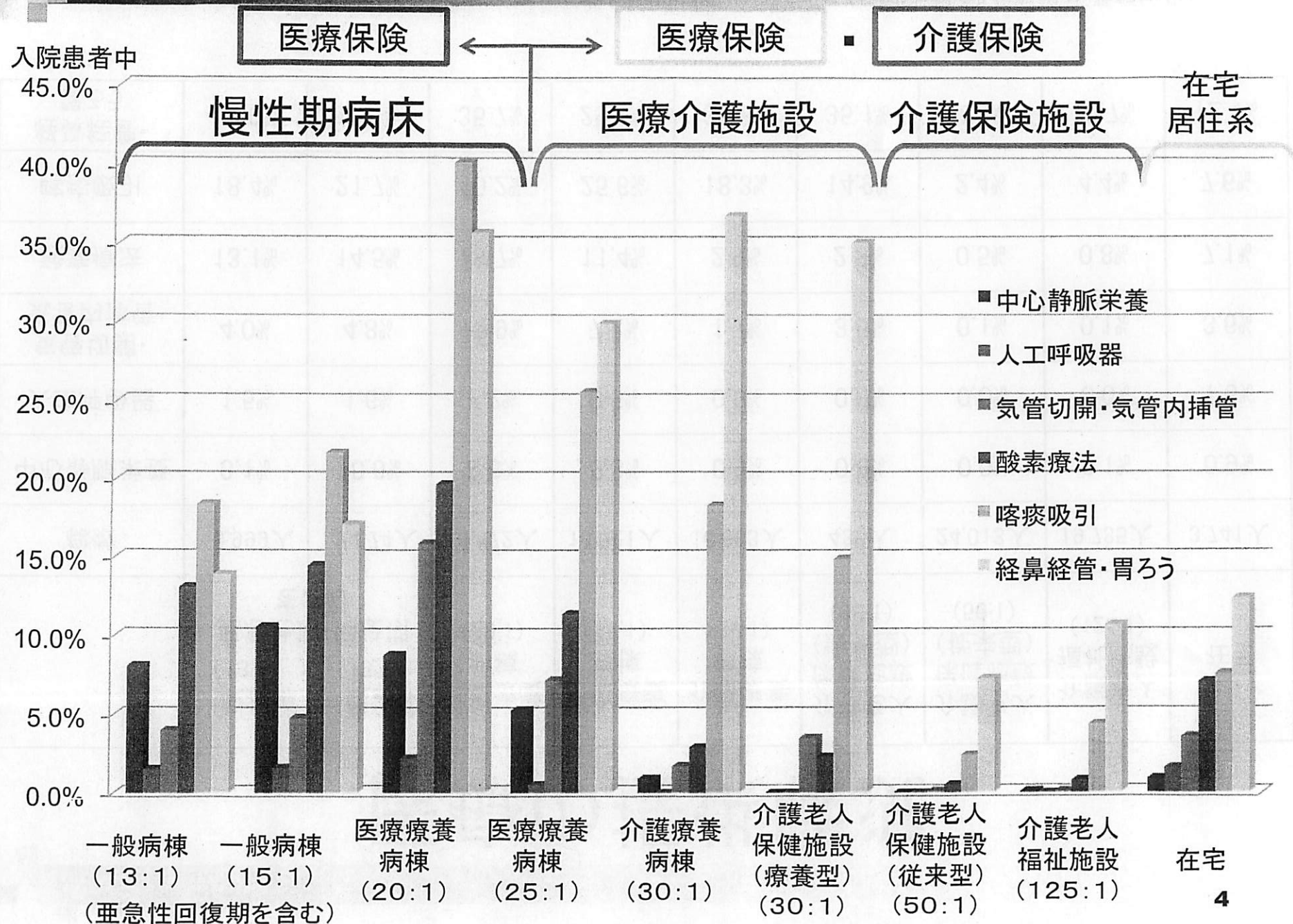
- 2 慢性期入院医療の在り方を総合的に検討するため、一般病棟や療養病棟、障害者病棟を含めた横断的な実態調査を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

医療の提供状況

	一般病棟 (13:1) 亜急性期・回復期 を含む	一般病棟 (15:1)	医療療養 病棟 (20:1)	医療療養 病棟 (25:1)	介護療養 病棟 (30:1)	介護老人 保健施設 (療養型) (30:1)	介護老人 保健施設 (従来型) (50:1)	介護老人 福祉施設 (125:1)	在宅
総数	3,999人	7,874人	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.1%	10.6%	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	1.5%	1.6%	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・ 気管内挿管	4.0%	4.8%	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	13.1%	14.5%	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	18.4%	21.7%	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・ 胃ろう	13.9%	17.1%	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

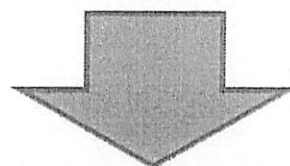
平成22年6月実施 厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より

「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値(平成22年6月)



これからは

- 地域の中小病院で6～10人部屋などの多床室の多い療養環境の悪い病院では、在宅療養支援病院にはなれない。そういう一般病床は、医療市場から退場しなければならないだろう。



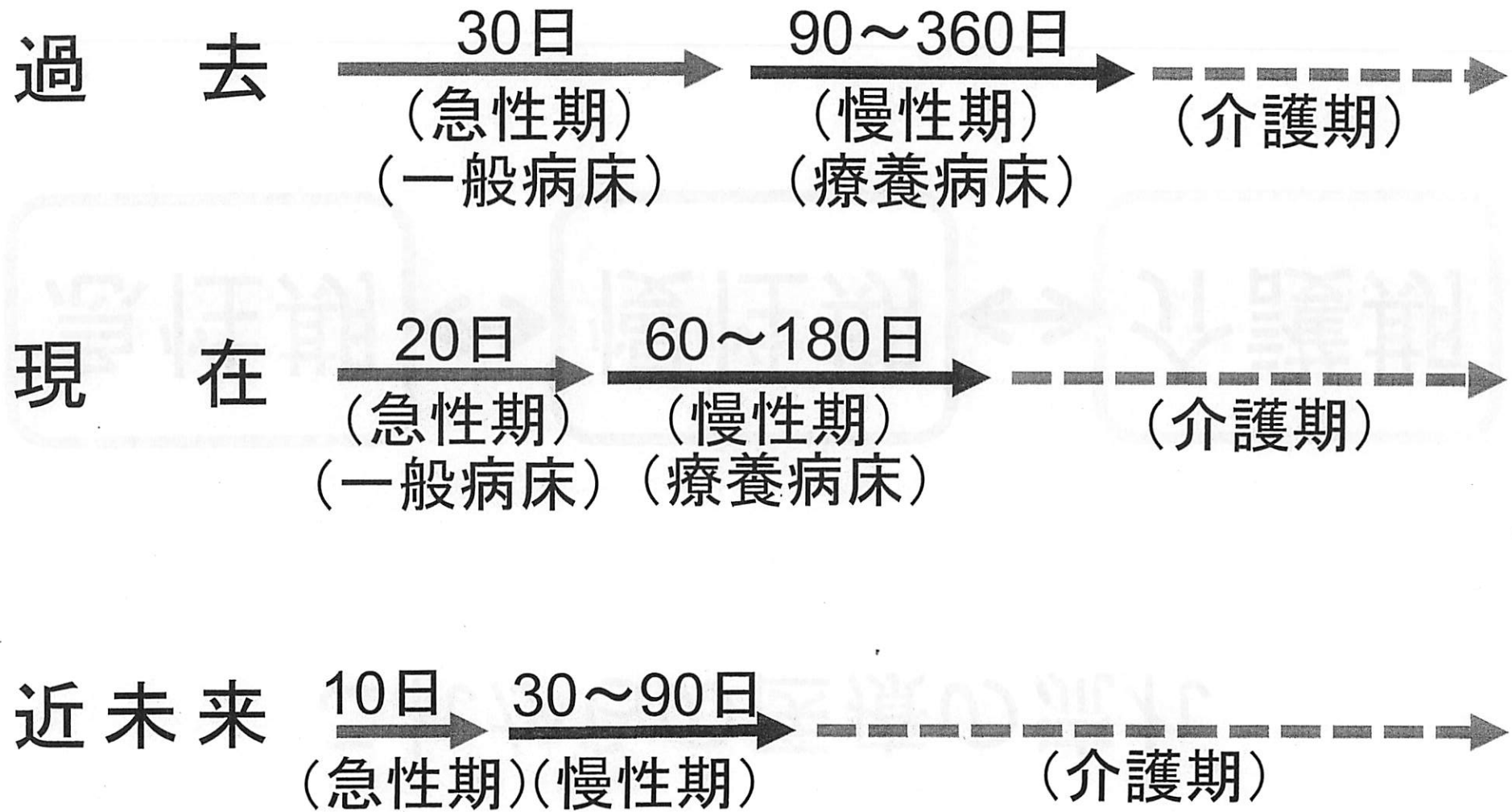
競争相手は他の病院ではなく、
居住系の施設である。

在宅復帰の定義

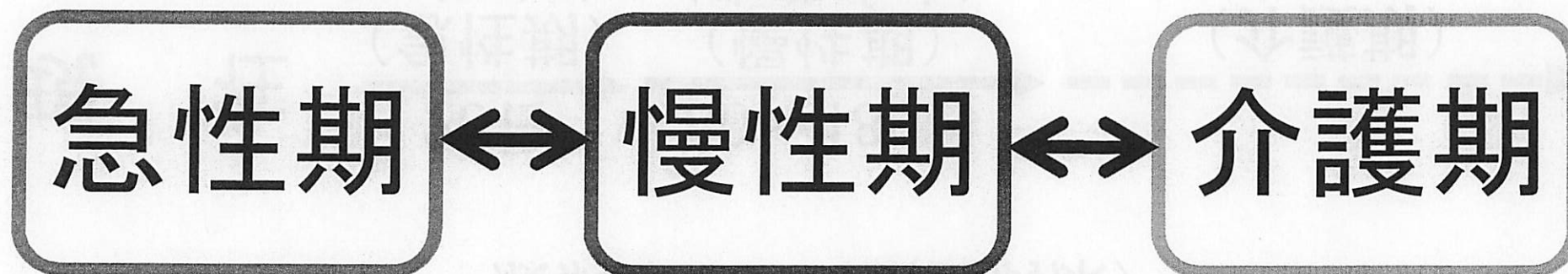
■ 退院における在宅復帰とは以下の施設等が該当します。

1. 自宅
2. 養護老人ホーム
3. 老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
4. 軽費老人ホーム(ケアハウス)
5. 有料老人ホーム
6. 高専賃
7. グループホーム

平均在院日数の推移



これからの医療の流れ





在宅医療への参入 病院はどう動くべきか



徳島構想

在宅療養支援病院を地域包括医療センターとして地域包括支援センターとの併設により疾患パスなどについて医療と介護のスムーズな連携を行うコーディネーターセンターとして活用する。

在宅療養支援病院の施設基準

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。<H22 保医発0305第3号>

- (1) 許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものであること。

なお、半径4km以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4km以内に診療所が開設された場合にあっては、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

- (2) 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。

この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。

なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

- (3) 当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

往診担当医が複数名にわたる場合にあっては、それらの者及び(5)に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

- (4) 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。

(5) 当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じ、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び(3)に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

(6) 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

(7) 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。

(8) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

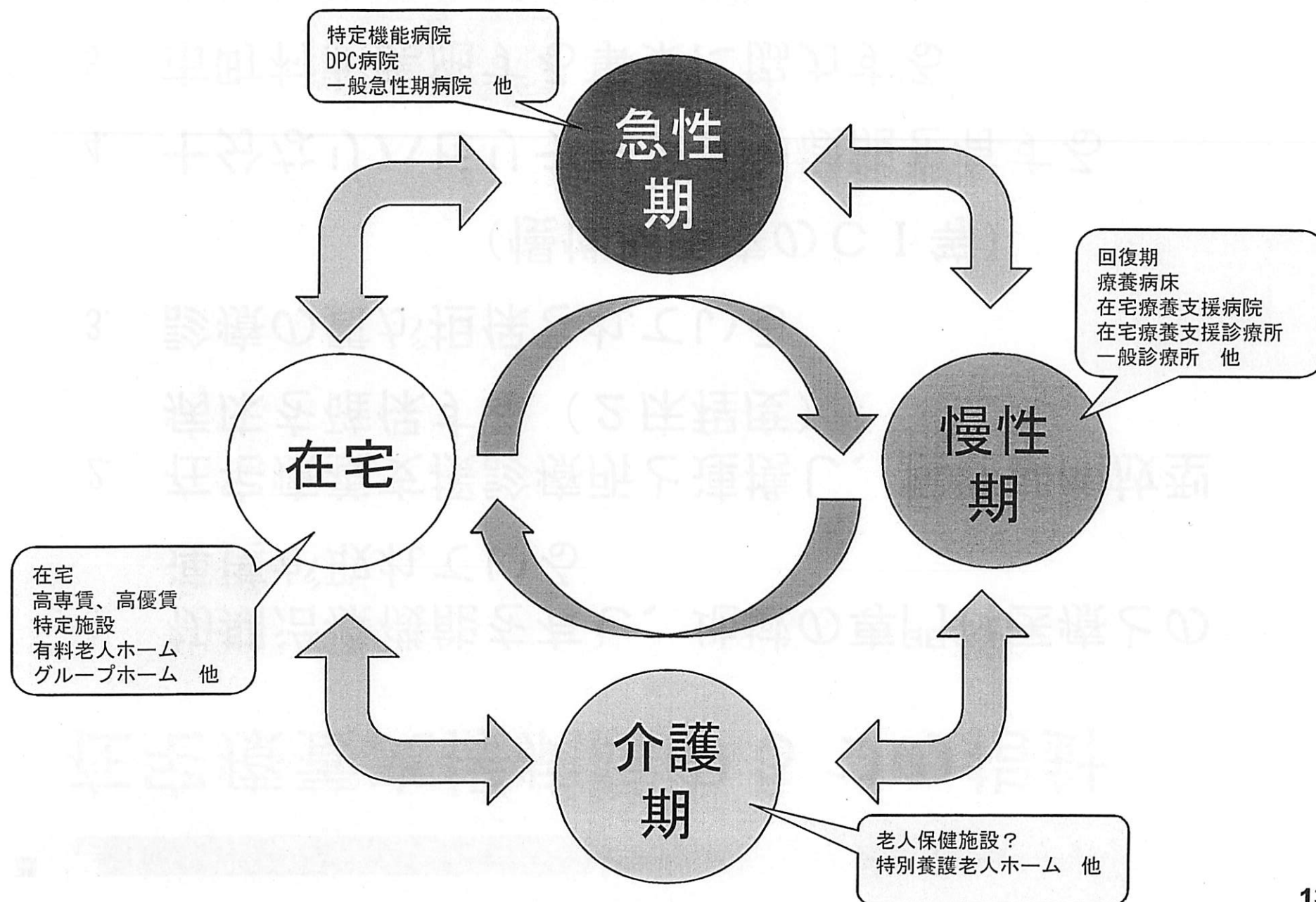
(9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

(10) 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

2 届出に関する事項

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。

これからの循環型地域連携システム



在宅療養支援病院の5つの指針

1. 初期治療機能を有し、地域の専門科医療との連携が取れている
2. 在宅療養支援診療所と連携し、慢性期開放型病床を確保する（2床程度）
3. 診療の質が担保されている
(慢性期医療のC I等)
4. 十分なリハビリテーション機能を有する
5. 市町村が実施する事業に協力する

連携証



当院では、連携医療機関として登録いただいている診療所に『連携証』をお渡ししています

地域医療連携会議

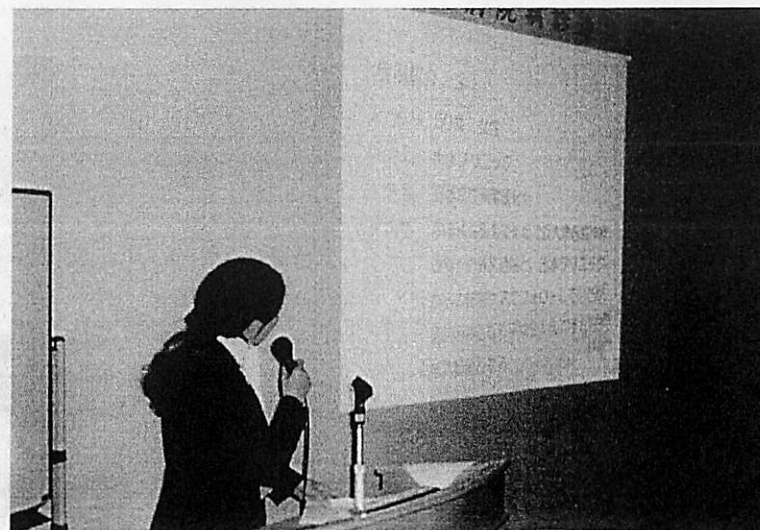
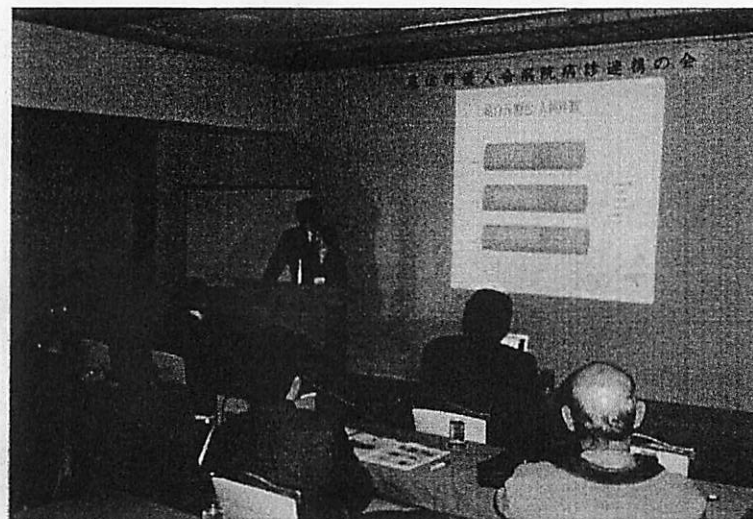
平成23年1月22日

「泉佐野優人会病院病診連携の会」より

参加者; 連携診療所(7機関)

泉佐野優人会病院

(院長、事務長、看護師長、地域連携
スタッフ、リハビリスタッフ、他)



急変や看取りへの対応

	介護療養型医療施設	老人保健施設	特別養護老人ホーム
施設内での死亡率 (あるいは看取り率)	26.9%	3.5%	62%(ただし、病院に転送し、 そこで死亡したケースを含め た数字。実際に敷地内で死 亡した人の数は不明)
死亡前2週間に実施し た医療処置(上位7つ)	酸素療法 18.2% 点滴 17.9% 喀痰吸引 17.2% レントゲン検査 13.0% 採血 11.6% 抗生剤の投与 11.2% 留置カテーテル 類 10.9%	酸素療法 1.3% 点滴 1.4% 心臓マッサージ 0.6% 留置カテーテル類 0.4% 褥瘡の処置 0.2% 経鼻栄養 0.2% 胃ろうの管理 0.1%	データなし
利用者の死亡が予想 される場合、施設内で 看取ると回答した施設	53.3%	19.4%	19.4%

引用:厚生労働省発表 平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概要および厚生労働省 療養病床
から転換した老健施設における医療サービスの提供に関する参考資料より

看取りのアンケートは厚生労働省 第三回介護施設のあり方に関する委員会資料2「療養病床の入院患
者の状態像と必要なケアより(特別養護老人ホームの死亡退所率62%も、実際には最後の時に救急車
などで一般病院に送られて、そこで3ヶ月以内に死亡した人の数まで含まれた数字であり、本当に施設内
で最初から最後まで看取った人の数の実態は不明である。おそらく62%という数値とはかけ離れた低い
数値となると思われる。)

引用:平成20年2月8日 社会保障審議会介護給付費分科会(第47回)議事次第

慢性期病院 3大機能

- ① 回復期機能
- ② 重度慢性期機能
- ③ 在宅支援機能

これからの2大機能

- ① 癌患者支援機能
- ② 認知症治療機能

日本歯科医師会

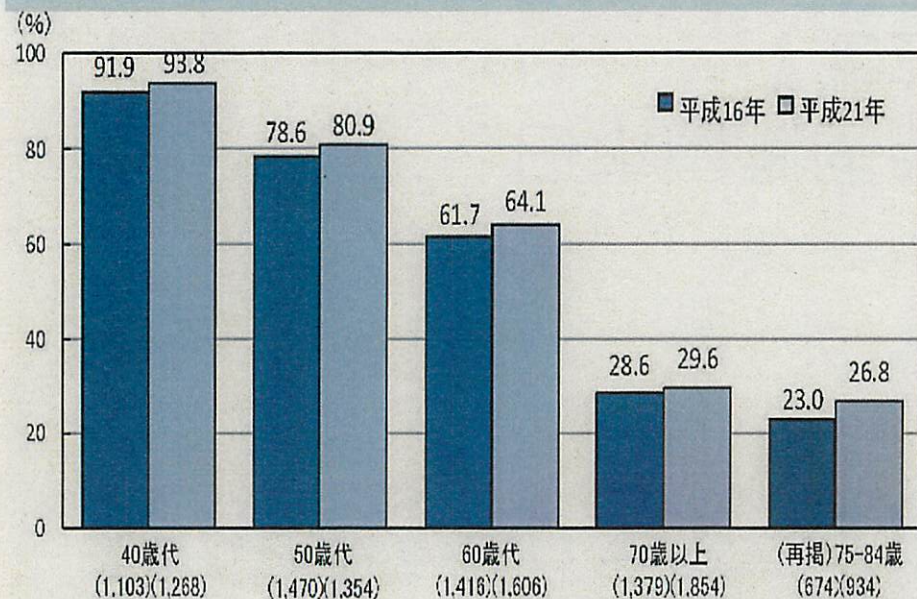
2011年2月7日(月)
第5回 在宅医療推進会議

在宅歯科医療の現状と今後の方策

日本歯科医師会 常務理事
池主憲夫

厚生労働省：平成21年国民健康栄養調査結果

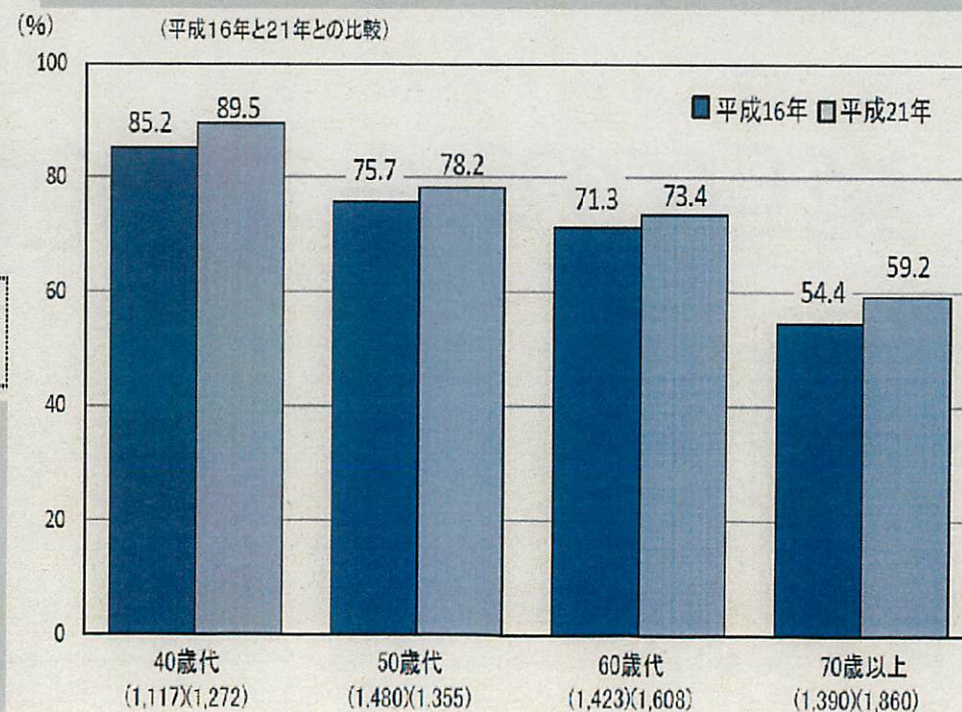
歯の本数(20歯以上の割合)



※「自分の歯は何本ありますか」の問いに対して、自己申告した歯の本数から算出

(参考)「健康日本21」の目標
80歳で20歯以上の自分の歯を有する人の増加
目標値：80歳(75~84歳)で20歯以上 20%以上

何でもかんで食べることができるかと回答した者の割合(40歳以上)



なぜ高齢者が歯科受診を敬遠してきたのか？

1. 患者側の要因

- ・ 歯科診療体系（外来での複数回受診）
- ・ “あきらめ”と食品選択による受容
- ・ 訪問歯科診療の認知度

2. 歯科医療提供者側の要因

- ・ 診療所の歯科医師数と外来を中心とした診療体系
- ・ 要介護高齢者の歯科治療の経験
- ・ 訪問歯科に関わる診療報酬体系

3. 地域保健医療システムに関わる要因

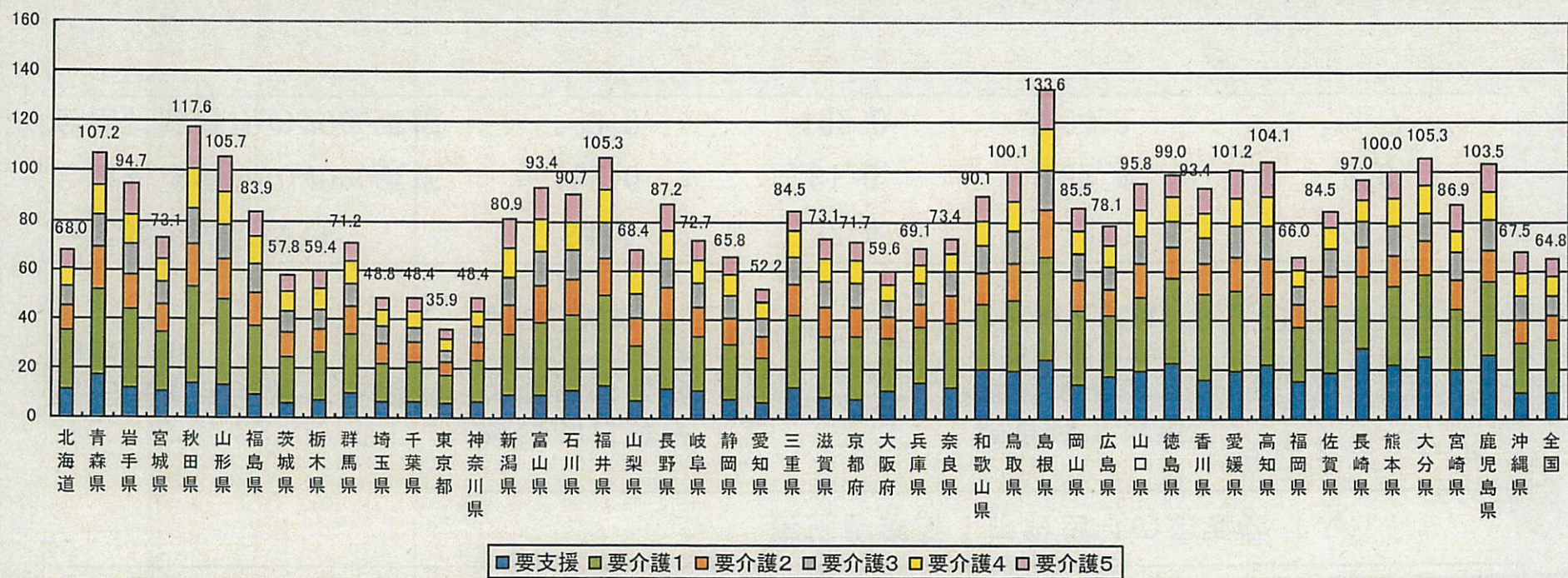
- ・ 医科・歯科連携
- ・ 介護分野・歯科連携

要介護高齢者の歯科需要

1. 全要介護高齢者に定期的口腔ケア・食支援が必要
2. 全要介護高齢者の50%に歯科治療が必要
3. 全介護高齢者の20%には摂食嚥下指導が必要
4. 在宅看取り患者(全死亡者の15%) への
ターミナル・デンタルケア
5. 入院患者（急性期等）への対応

深井穫博: 在宅歯科医療推進のためのグランドデザイン; 平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業(18指-3分担) 報告書, 在宅医療のグランドデザイン, 81-130, 2008年3月 4

歯科診療所1施設当たり要介護者数



(2005年厚生労働省医療施設調査、介護保険事業状況報告から集計)

在宅歯科医療実施診療所別1施設あたりの患者数

在宅医療を実施する歯科 診療所数	実施診療所 1 施設当りの患者数（人）			
	継続的口腔ケ ア要実施者数 （要介護高齢者 全員と試算）	要治療者数 （要介護高齢者 の50%と試算）	摂食嚥下指導 要実施者数 （要介護高齢者 の20%と試算）	ターミナルケア における歯科管 理実施者数 （在宅死亡者実 数）
全歯科診療所実施	64.8	32.4	13.0	2.3
全歯科診療所の40%実施	162.0	81.0	32.4	5.8
全歯科診療所の20%実施	323.9	162.0	64.8	11.7

深井穫博：在宅歯科医療推進のためのグランドデザイン；平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業(18指-3分担)報告書,在宅医療のグランドデザイン，81-130，2008年3月

都道府県別在宅歯科医療の需要・供給の類型

	診療所当 たりの要 介護者数	在宅医 療実施 診療所 率 (%)
埼玉県	低	低
沖縄県	低	低
茨城県	低	低
栃木県	低	低
東京都	低	低
千葉県	低	低
神奈川県	低	低
山梨県	低	低
大阪府	低	低
福岡県	低	低
兵庫県	低	中
静岡県	低	中
愛知県	低	中
北海道	低	中
滋賀県	中	低
宮城県	中	低

	診療所当 たりの要 介護者数	在宅医療 実施診療 所率 (%)
奈良県	中	低
群馬県	中	低
三重県	中	低
石川県	中	低
福島県	中	低
京都府	中	低
富山県	中	低
山口県	中	中
香川県	中	中
宮崎県	中	中
徳島県	中	中
和歌山県	中	中
岩手県	中	中
岡山県	中	中
長野県	中	中
広島県	中	中

	診療所当 たりの要 介護者数	在宅医療 実施診療 所率 (%)
新潟県	中	中
岐阜県	中	高
長崎県	中	高
佐賀県	中	高
秋田県	高	低
大分県	高	低
福井県	高	低
青森県	高	中
熊本県	高	中
愛媛県	高	中
鳥取県	高	中
高知県	高	中
山形県	高	高
鹿児島県	高	高
島根県	高	高

注1) 在宅医療実施診療所率：30%以上（高）、20%以上30%未満（中）、10%以上20%未満（低）

注2) 診療所当たり要介護者数：100人以上（高）、70人以上100人未満（中）、30人以上70人未満（低）

深井穫博：在宅歯科医療推進のためのグランドデザイン；平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業(18指-3分担)報告書,在宅医療のグランドデザイン, 81-130, 2008年3月

住民・患者ニーズの顕在化のための方策

1. 住民の安心安全体制の確立（いつでも診てくれる、相談にのってくれる）
2. 定期的歯科管理の概念の導入（居宅・施設）
3. 病院退院時あるいは施設入所時の口腔内状態・口腔機能の評価
4. 医科・介護領域と歯科との連携と情報共有（お互いの対診、紹介）
5. NSTにおける歯科の位置づけ

在宅歯科医療における 日本歯科医師会の取り組み

介護保険に果たす 歯科医師の役割

平成21年度介護報酬改定における
歯科医師の取り組み

平成21年11月
社団法人 日本歯科医師会

日本歯科医師会
(平成21年11月発行)

高齢者の口腔機能管理

—高齢者の心身の特性を踏まえた在宅歯科医療を進めるには—

平成20年5月

社団法人 日本歯科医師会
日本歯科総合研究機構

日本歯科医師会、日本歯科総合研究機構
(平成20年5月発行)

歯の健康力推進歯科医師等養成講習会

厚生労働省委託事業

歯の健康力推進 歯科医師等養成講習会実施県

【目的】

高齢期・寝たきり者などに対する在宅しか歯科診療、口腔ケアなどのプロフェッショナルケアについて専門性をもつ歯科医師・歯科衛生士を養成する

【在宅歯科診療施設整備事業】

歯の健康力推進歯科医師等養成講習会を受講した歯科医師を対象として、在宅歯科診療を実施する医療機関に対し、在宅歯科医療機器の設備を整備するために必要な支援を行う

平成20年度

	都道府県名
1	北海道
2	宮城県
3	神奈川県
4	愛知県
5	京都府
6	徳島県
7	長崎県
8	熊本県

平成21年度

	都道府県名
1	北海道
2	岩手県
3	埼玉県
4	東京都
5	愛知県
6	大阪府
7	兵庫県
8	広島県
9	香川県
10	佐賀県
11	大分県

平成22年度

	都道府県名
1	北海道
2	岩手県
3	千葉県
4	東京都
5	愛知県
6	石川県
7	広島県
8	愛媛県
9	福岡県
10	沖縄県

在宅療養支援歯科診療所 調査結果から

日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構：「在宅歯科医療に関する調査報告書」

- ・ 調査時期：平成21年9月
- ・ 調査対象期間：平成21年4月～6月の3ヶ月間
- ・ 対象医療機関：在宅療養支援歯科診療所の届出をした日本歯科医師会会員3,525診療所
- ・ 回収率：65.4%（有効回答数2,304）

在宅療養支援歯科診療所における 在宅歯科医療の実施状況（平成21年4月～6月）

平成21年9月日本歯科医師会，日本歯科総合研究機構調べ
「在宅歯科医療に関する調査報告書」

無回答

n=4

0.2%

行っていない

n=482

20.9%

行った

n=1,818

78.9%

在宅歯科医療を行っていない理由

(n=472 在宅歯科医療を行っていない施設 無回答を除く)

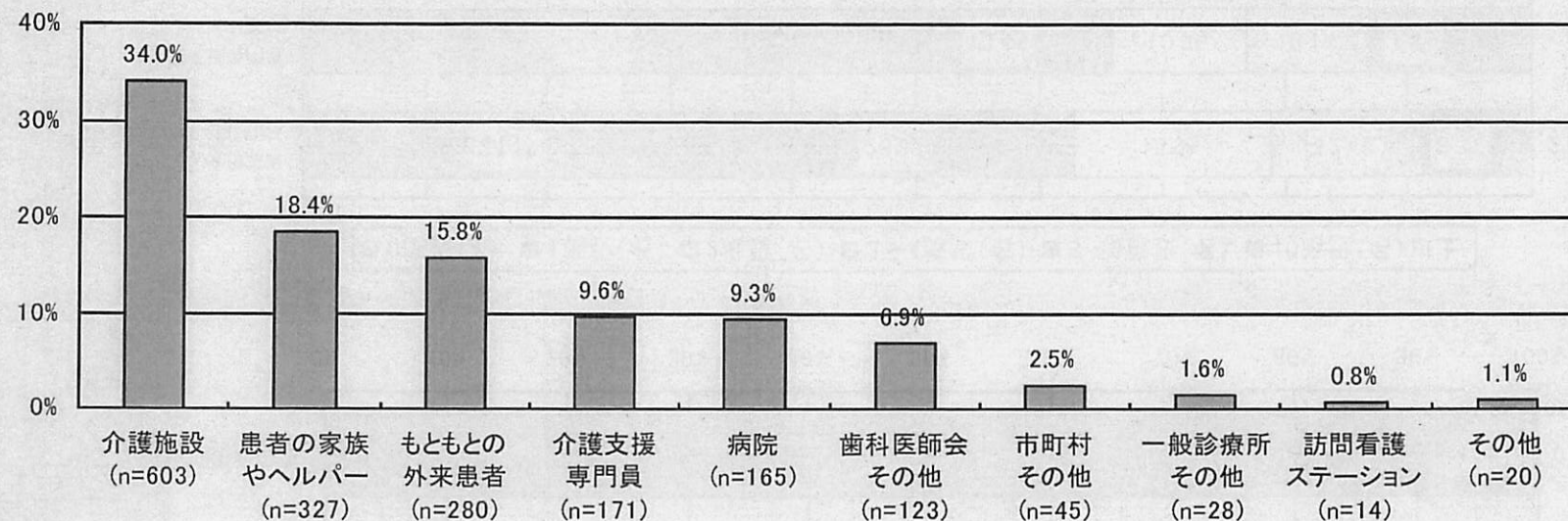
在宅歯科医療を行っていない理由	回答数	割合
1. 依頼がない	456	96.6%
2. 調査期間(平成21年4月～6月)はたまたま依頼がなかった	6	1.3%
3. 院長自身が体調不良のため	3	0.6%
4. 院長自身が多忙のため	2	0.4%
5. その他	5	1.1%
回答総数	472	100.0%

在宅療養支援歯科診療所への依頼元および訪問先

平成21年9月日本歯科医師会，日本歯科総合研究機構調べ
「在宅歯科医療に関する調査報告書」

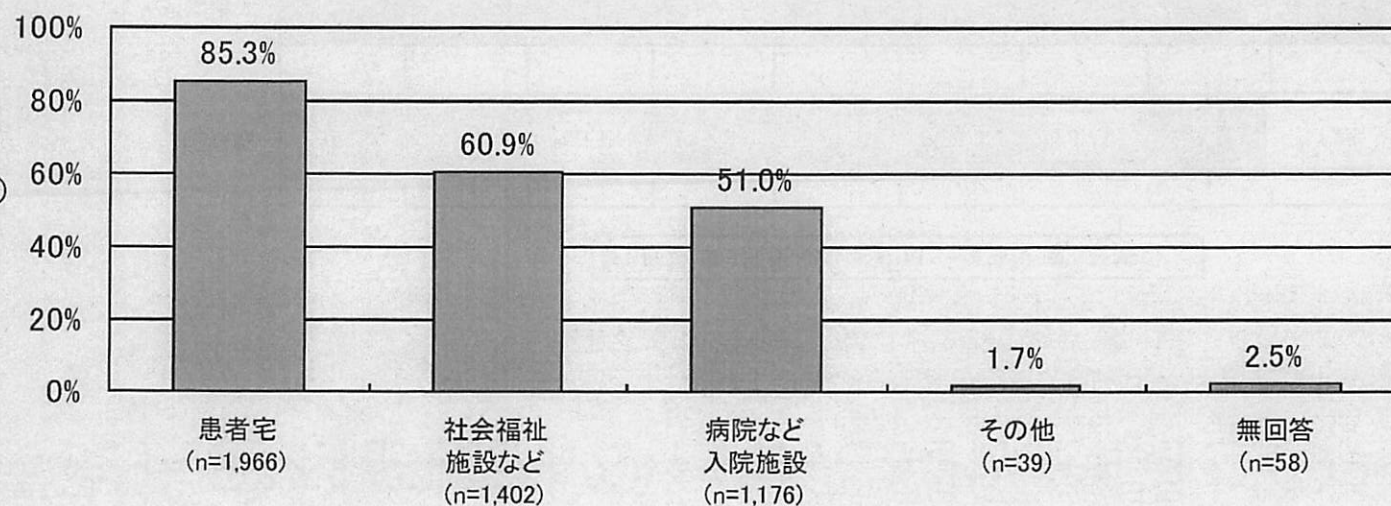
依頼元

最も頻度の高い依頼機関、
(n=1,776 無回答を除く)



訪問先

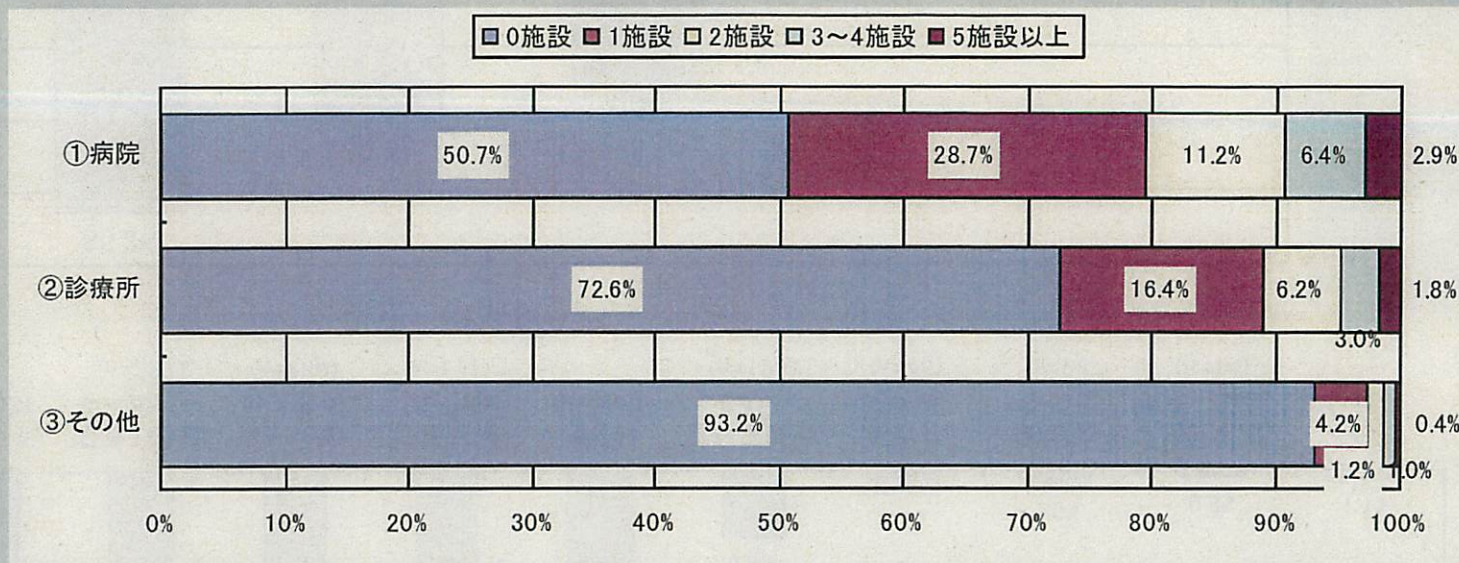
(n=2,304 複数回答)



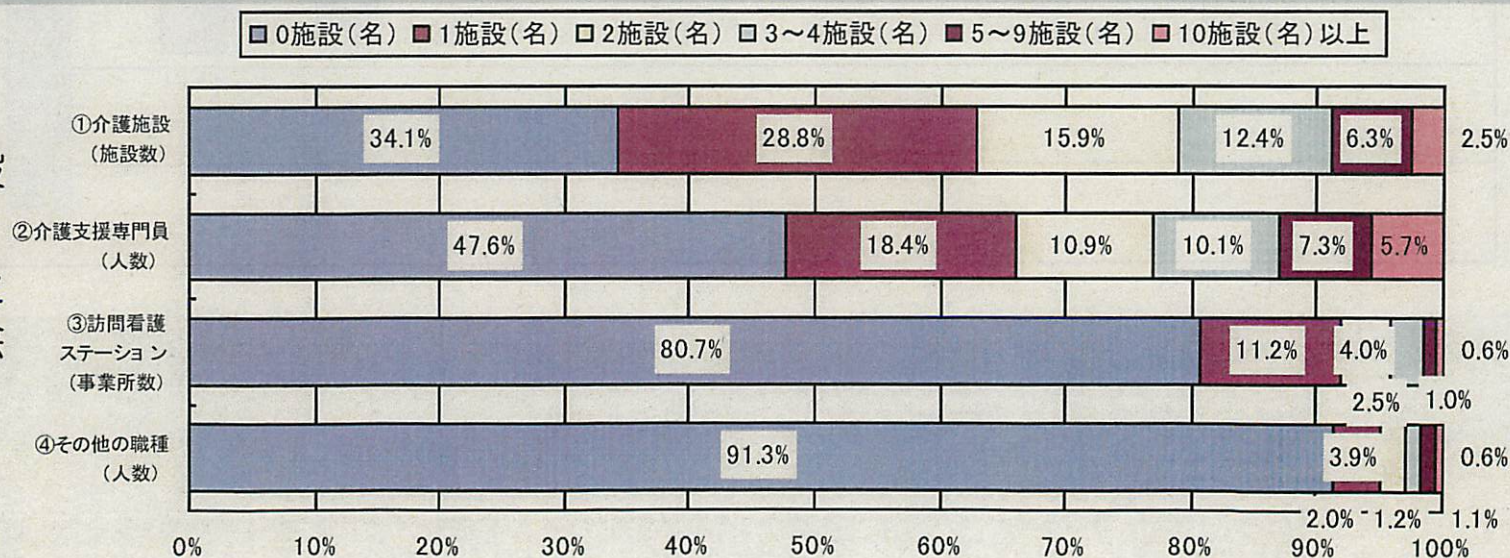
在宅療養支援歯科診療所が行った関係機関との連携

平成21年9月日本歯科医師会，日本歯科総合研究機構調べ
「在宅歯科医療に関する調査報告書」

連携をとった歯科
以外の保険医療機
関（n=1,583 在
宅歯科医療を行っ
た施設 無回答を
除く）



連携をとった介
護・福祉関係施設
（n=1,583 在宅
歯科医療を行っ
た施設 無回答を除
く）



都道府県医療計画におけるがん等4疾患の医療連携体制

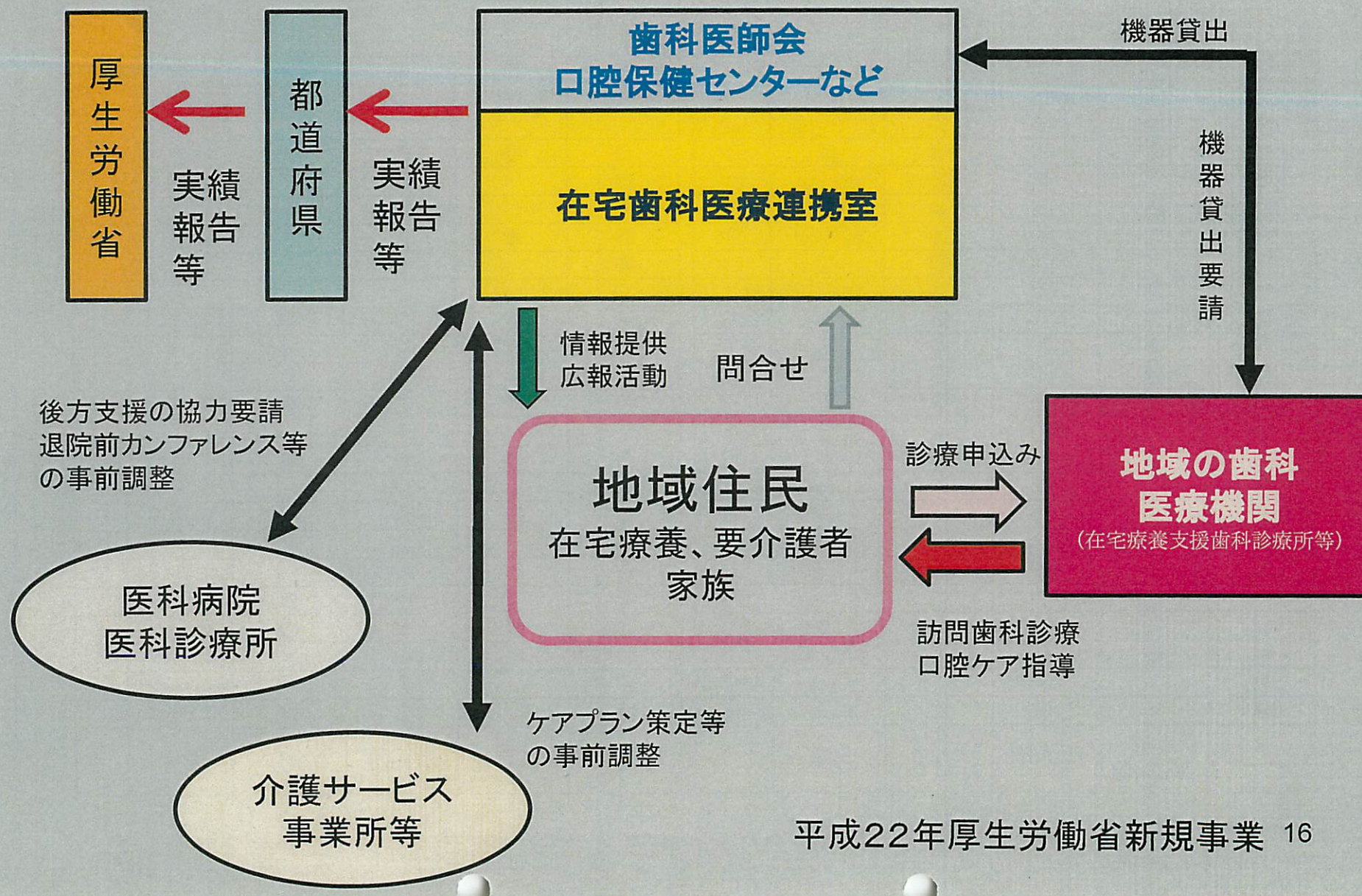
	県名	がん	脳卒中	急性心筋 梗塞	糖尿病		県名	がん	脳卒中	急性心筋 梗塞	糖尿病
1	北海道	●	●		●	25	愛知県	●	●		●
2	青森県		●		●	26	三重県				●
3	岩手県	●	●	●	●	27	滋賀県		●	●	●
4	宮城県	●	●	●	●	28	京都府				●
5	秋田県	●	●		●	29	奈良県				
6	山形県		●		●	30	和歌山県	●	●	●	●
7	福島県	●	●		●	31	鳥取県				
8	茨城県		●	●	●	32	島根県				●
9	栃木県		●		●	33	岡山県		●		●
10	群馬県	●	●	●	●	34	広島県	●		●	●
11	埼玉県		●		●	35	山口県		●		●
12	千葉県	●	●	●	●	36	徳島県	●	●	●	●
13	東京都		●		●	37	香川県	●	●	●	●
14	神奈川県	●	●	●	●	38	愛媛県	●	●	●	●
15	新潟県	●	●	●	●	39	高知県	●	●	●	●
16	富山県					40	福岡県	●	●	●	●
17	石川県		●		●	41	佐賀県	●	●		●
18	福井県	●	●	●	●	42	長崎県	●	●		●
19	山梨県				●	43	熊本県	●	●	●	●
20	長野県		●		●	44	大分県	●	●		●
21	岐阜県	●	●	●	●	45	宮崎県	●	●	●	●
22	静岡県					46	鹿児島県	●	●	●	●
23	大阪府		●	●	●	47	沖縄県		●		
24	兵庫県	●	●	●	●		合計	26(55%)	38(81%)	22(47%)	42(89%)

● 歯科の記載がある都道府県

2010年4月日本歯科総合研究機構調べ

がん患者に関わる医科・歯科連携事業は、静岡県、広島県をはじめとした先駆的な事例があるが、全国レベルの普及にはいたっていない。都道府県医療計画においても約半数の都道府県で位置づけられているが、具合的な展開はまだ十分と言えない。

在宅歯科医療連携推進事業イメージ



在宅医療推進のための医科歯科連携 ワークショップの開催

- ・ 平成19年2月18日
- ・ 会場：日本歯科医師会
- ・ 日本歯科医師会と日本プライマリ・ケア学会との合同ワークショップ

医科歯科連携ワークショップからみえてきたこと

参加者（医師）からあがった
在宅歯科医療を進める上での問題点

1. 医師は咽頭部や舌には興味を示すが、その他のことはあまり関心がなく、よくわからない。
2. 歯科医師が訪問診療しているのを知らない。
3. 伝聞・美談めいた話は聞いたことがあるが、頻度は少ない。
4. 歯科治療の効果を体験した医師はいないのでは？



地域で支える医療の推進

医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

摂食・嚥下機能等人々の生活の基本を支える歯科医療においても、チーム医療の下で、歯科医師や歯科衛生士等歯科医療関係職種と、医師や看護師等との連携を進める。

「地域完結型医療」の推進

医療機関がそれぞれの得意分野を活かし、地域全体で完結する「地域完結型医療」が求められる。その際には、医療計画等に基づき自らの地域における役割を検討し、地域連携クリティカルパス等を利用した情報の共有化や円滑なネットワークの構築に努める。行政は、各都道府県の医療計画において定められた、がん、脳卒中、救急医療など4疾病5事業に係る医療連携体制を推進するとともに、地域住民のニーズを調査・把握し、各医療機関が地域のニーズに応じた役割を果たすことができるよう、医療機関に対する情報提供を行う。

在宅医療の推進

歯科医療においては、高齢者の健康増進や誤嚥性肺炎予防の観点から口腔機能の向上や維持管理が重要であり、在宅医療と連携した、在宅歯科診療を推進していくための人材育成や体制整備を進める。

生きがいを支える歯科医療に期待し、提言する

生きがいを支える国民歯科会議(議長 大島伸一)

これまで歯科医療は、歯科保健・医療の充実に重要な役割を果たし、う蝕と歯周病という2大疾患の予防と治療、そして咀嚼機能の維持回復に目覚ましい成果をあげてきました。いま、我が国では、高齢社会の到来によって、診療所・病院完結型の「治す医療」とともに、地域コミュニティに支えられた「暮らしの中での医療」の重要性が増しています。そのような状況の中で、日本歯科医師会が、歯科医療の目的を「歯の治療」から「食べる幸せ」へと広げ、その活躍の場を診察室のみならず地域社会へと展開し、「生きがいを支える歯科医療」として地域住民と共に実践する目標を掲げ推進していることに、私たちは大きな期待を寄せています。

そして私たちは、歯科医療が「健康寿命の延伸」に寄与することに期待しています。食べることは生きることであり、食べる喜びは生きがいと生きる力を支えます。コミュニティに暮らす、すべての人々にとって、何を、誰と、どのように食べるのかということは、暮らしの豊かさに大きな影響を及ぼし、生きる希望をも左右しかねません。健康な人でも、歯や口の機能が低下して、食が進まないと気が滅入ります。病気で、食べられない時期が続けば、生きる意欲さえ損なわれます。さらに、重度の介護が必要になると、経管栄養チューブで命をつなぐことがあります。それが一生続くと思えば、本人も家族も、生きる希望を失いかねません。しかし、そのなかには、医師と歯科医師が協力すれば、自分の口で食べて生きることができる人がいます。口から食べることができるようになって、命に再び明るい灯がともるようになった多くの例を私たちは知っています。

まさに口腔ケアは、すべての世代にとってトータルなヘルスケアの入口です。

今後、歯科医療が「診察室で完結する」医療にとどまらず、「暮らしの中で、食生活を維持し、患者の生きがいを支える」医療へと発展していくことを望みます。そして、地域における全人的医療の一翼を担い、様々な職種と協働し、新しい医療提供体制を創る先導的役割を担うことを願っています。

公表日：平成22年11月3日



1. 活躍の場を診察室のみならず地域社会へと展開し、「生きがいを支える歯科医療」として地域住民と共に実践する目標を掲げ推進していることに、私たちは大きな期待を寄せています。
2. 歯科医療が「健康寿命の延伸」に寄与することに期待しています。
3. 歯科医療が「診察室で完結する」医療にとどまらず、「暮らしの中で、食生活を維持し、患者の生きがいを支える」医療へと発展していくことを望みます。
4. 地域における全人的医療の一翼を担い、様々な職種と協働し、新しい医療提供体制を創る先導的役割を担うことを願っています。

生きる力を支える 生活の医療

日本看護協会

在宅医療の支援・連携に係る現状と 今後の方策について



社団法人 日本看護協会
Japanese Nursing Association

日本看護協会における訪問看護推進の取り組み

平成22年度 日本看護協会 重点事業

療養生活を支える訪問看護の推進と安定的なサービス提供体制の確保

1. 平成24年度報酬改定を見据えた訪問看護制度の見直し
2. 訪問看護事業所の経営基盤強化
3. 退院調整にかかわる看護職員の有効活用による看・看連携の促進



平成22年度の主な取り組み

- 訪問看護推進連携会議における方策検討・政策提言
- 訪問看護サミット2010共同企画
- 退院調整看護師に関する調査・分析
- 訪問看護ステーションの経営改善に関する調査・分析
- 訪問看護の推進に向けた要望活動(各政党、関係省庁等へ)
- 都道府県看護協会 訪問看護担当者会議

訪問看護の支援・連携の現状と課題

課題Ⅰ

24時間365日のサービス提供体制の確立

現状

- 訪問看護ステーション数は全国で約5,700か所、利用者数は約28万人
- 小規模事業所(常勤換算職員数5人未満)が半数以上
- 就業看護職員約133万人中、訪問看護の従事者は2.1%(約28,000人)

課題Ⅱ

訪問看護ステーションの事業経営の安定化

現状

- 記録・請求事務等の周辺業務に時間がかかり、効率的な訪問が難しい
- 小規模ステーションほど利益率が低い

課題Ⅲ

地域における訪問看護ニーズの明確化

現状

- 地域の医療計画、介護保険事業計画等において訪問看護の必要見込み量が位置づけられていない
- 病院から地域への移行支援体制が不十分

【主な取り組み例】 退院調整部門の実態把握

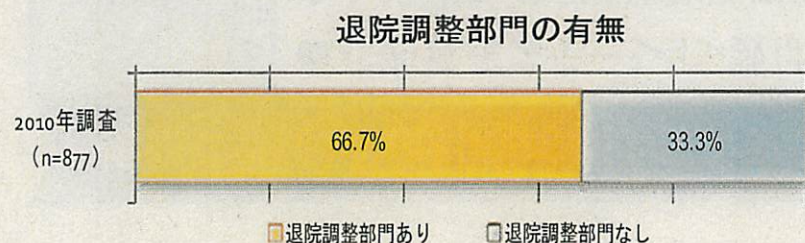
課題

- 退院調整部門と訪問看護の機能強化・連携強化
- 退院調整看護師の養成

＜退院調整看護師と訪問看護ステーションの連携に関する調査＞の実施 (日本訪問看護振興財団委託事業)

- ◆ 調査期間 2010年10月～11月
- ◆ 調査対象 一般病床または療養病床を有する150床以上の病院(2,932施設)
- ◆ 有効回収数 877 (有効回収率29.9%) ※速報値
- ◆ 調査内容
 - ・病院の退院調整部門の整備状況
 - ・退院調整看護師の活動実態
 - ・訪問看護ステーションとの連携 等

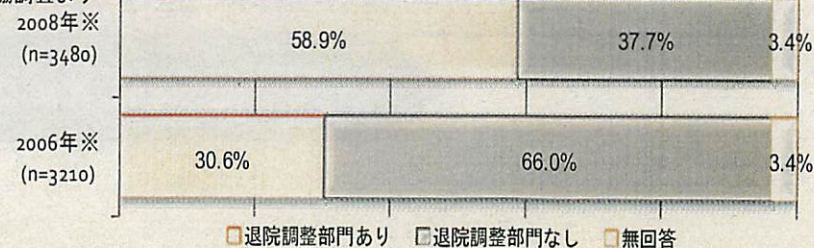
退院調整部門を有する病院は年々増加傾向に



2010年調査:「退院調整看護師と訪問看護ステーションの連携に関する調査」(速報値)

【参考】

過去の日看協調査より



※2006年、2008年調査:日本看護協会「病院における看護職員需給状況調査」

今後の方策

24時間365日のサービス提供体制の確立

- 訪問看護ステーションの大規模化促進、サテライト事業所の活用
- 訪問看護ステーションの研修・教育機能の強化（新卒・中途採用の訪問看護師教育を担う事業所への支援）
- 多様な勤務形態の導入

訪問看護ステーションの事業経営の安定化

- 訪問看護の周辺業務の効率化を進める（訪問看護支援事業等の活用）
- 医療保険と介護保険における訪問看護の報酬上の評価やサービス導入の仕組みの齟齬を解消
- 事業規模の拡大、複合型サービスへの展開

地域における訪問看護ニーズの明確化

- 次期医療計画や介護保険事業計画において訪問看護が計画的に整備されるよう、国の基本指針に訪問看護の必要見込み量や確保策の明示を
- 必要見込み量に見合う訪問看護の人材確保策を策定し、国による支援事業の実施を
- 病院の退院調整部門や在宅療養支援診療所、介護サービスとの連携強化

日本薬剤師会



在宅推進会議

—薬局・薬剤師の立場から—

現状の課題と在宅医療推進 アクションプランについて

H23 2 7

日本薬剤師会 常務理事
安部 好弘



Japan Pharmaceutical Association



チーム医療推進検討会の報告書

平成22年3月19日

(1) 薬剤師(医療スタッフの役割の拡大)

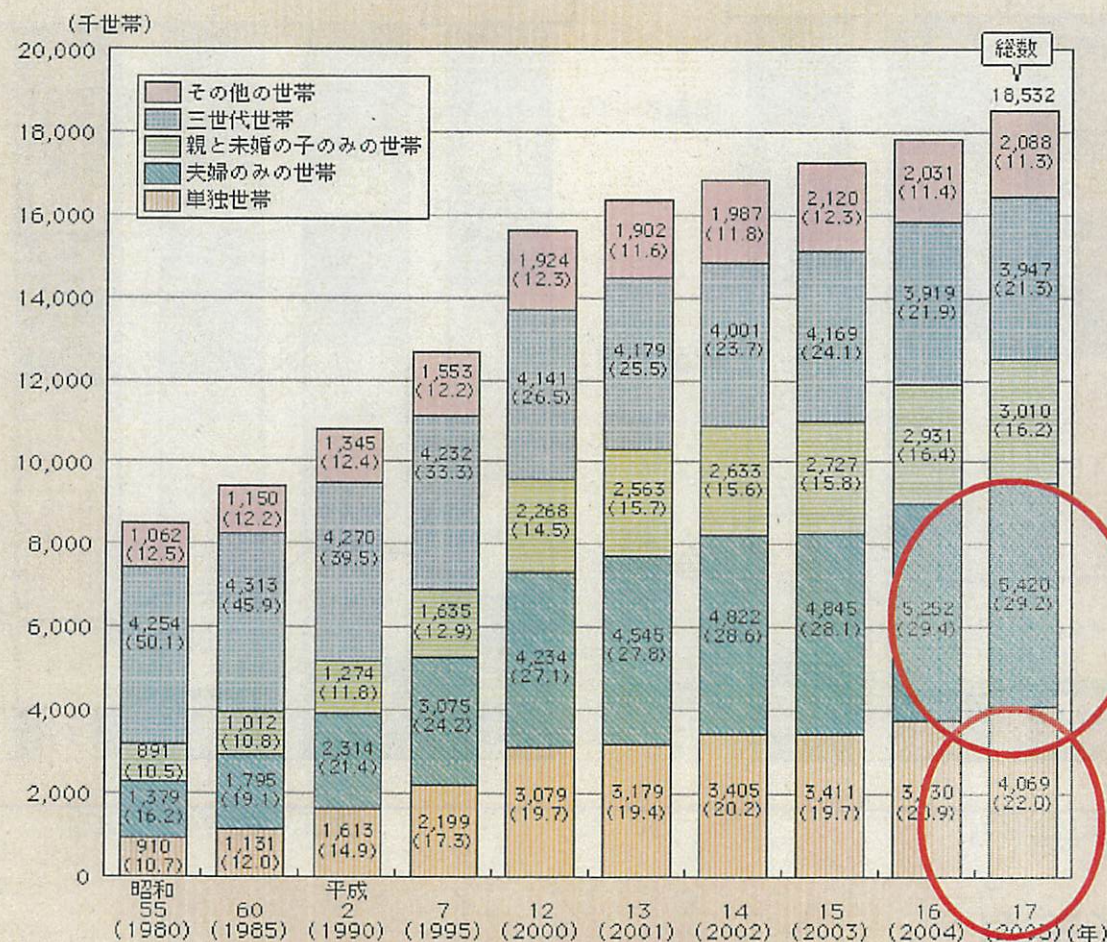
- 薬物治療が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物治療に参加することが医療安全の確保の観点から非常に有益である。
- 病棟において薬剤師が十分に活用されておらず、医師や看護師が注射剤の調整(ミキシング)、副作用のチェックその他、薬剤の管理業務を担っている場面も少なくない。
- 在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場合も少なくない。
- 一方、医療薬学会が認定する「がん専門薬剤師」日本病院薬剤師が認定する「専門薬剤師」「認定薬剤師」等、高度な知識・技能を有する薬剤師が増加している。
- 現行制度下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。



Japan Pharmaceutical Association



65歳以上の高齢者のいる世帯数及び構成割合



資料：昭和60年以前は厚生省「厚生行政基礎調査」、昭和61年以降は厚生労働省「国民生活基礎調査」

(注1) 平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。

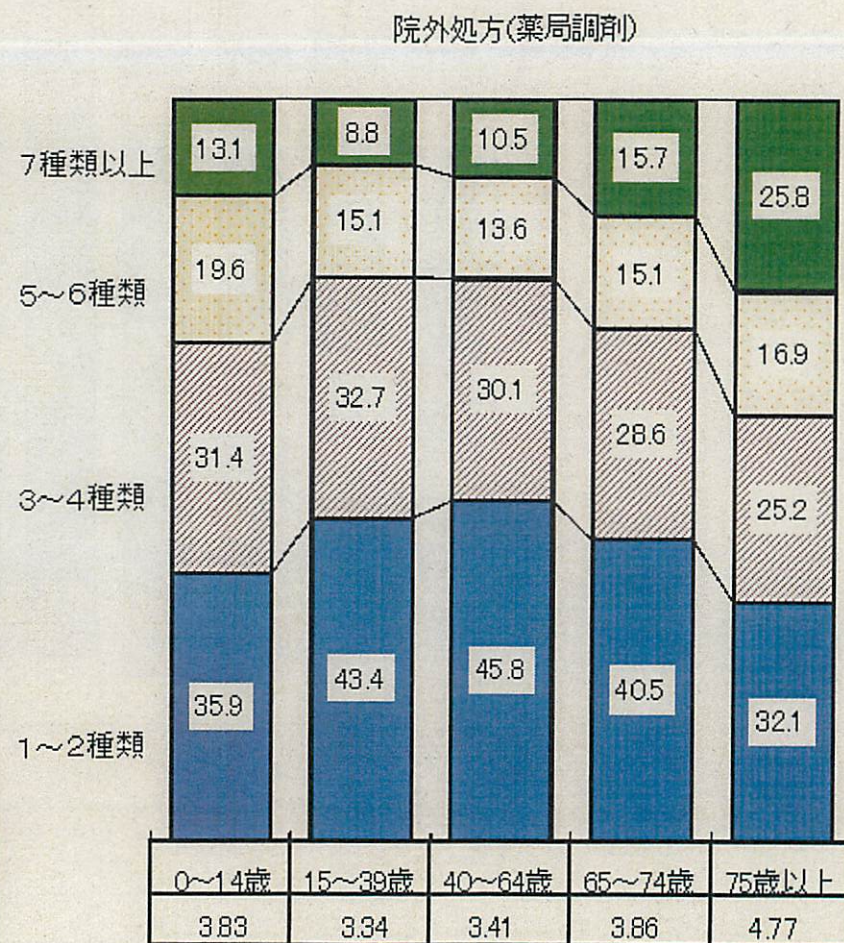
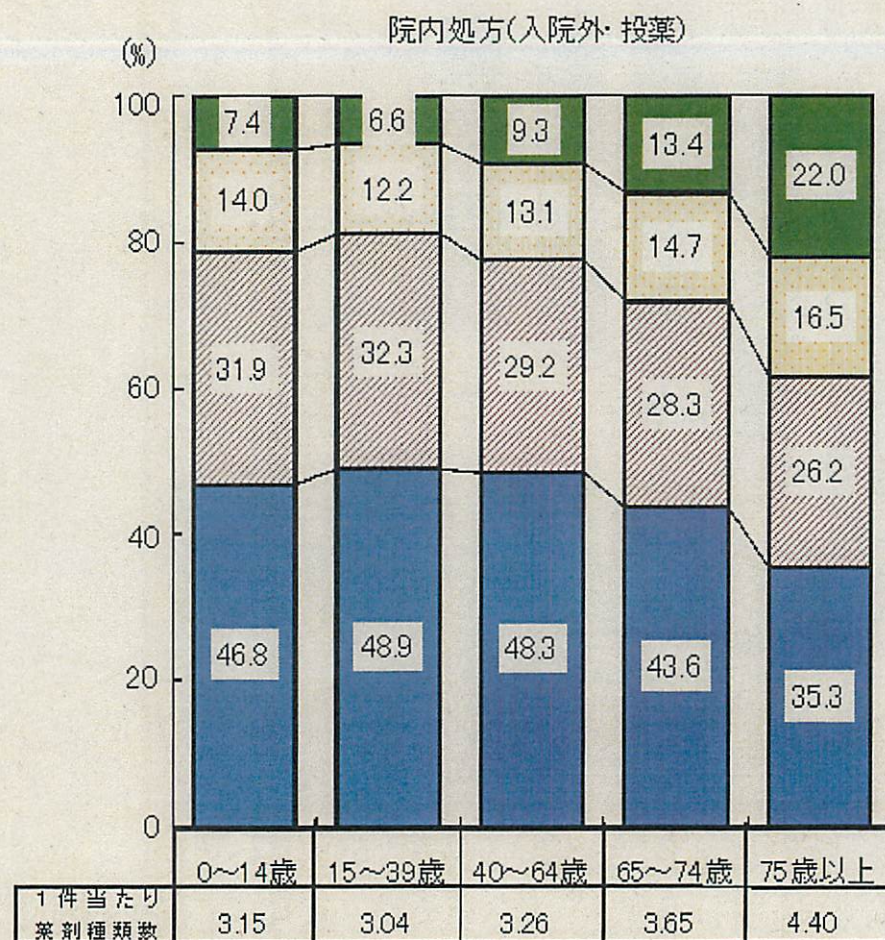
(注2) () 内の数字は、65歳以上の者のいる世帯総数に占める割合 (%)



Japan Pharmaceutical Association



年齢階級別にみた薬剤種類数別件数の構成割合・1件当たり薬剤種類数 (平成20年6月審査分) 厚生労働省資料より

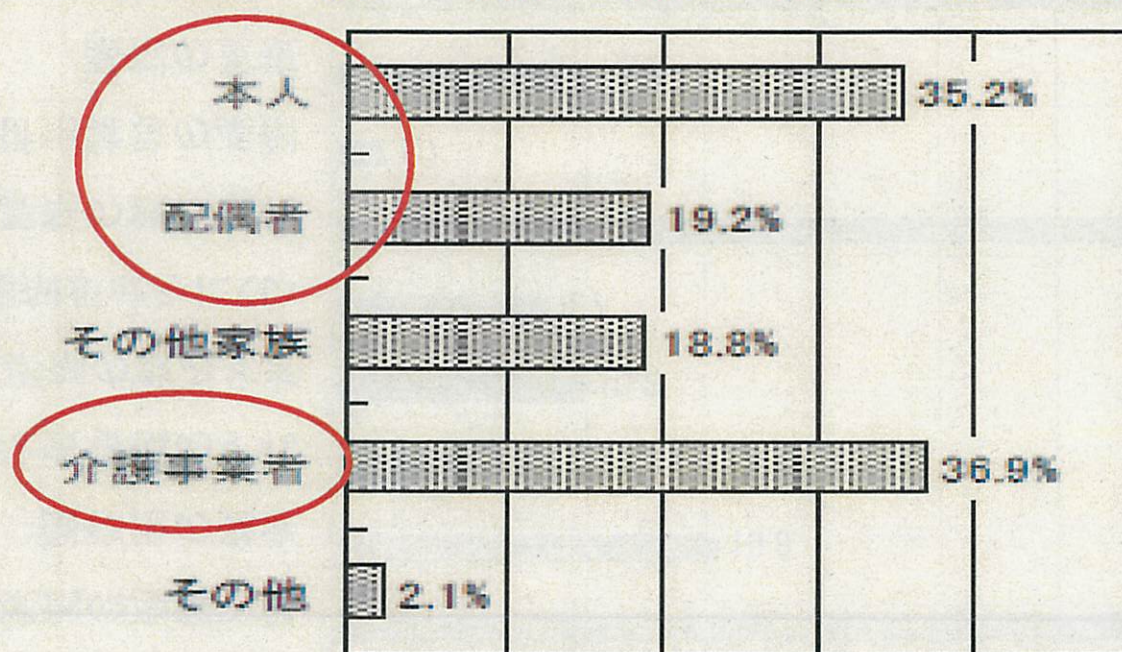




薬の管理者は？

[保険薬局]

(N=469) 0% 10% 20% 30% 40% 50%

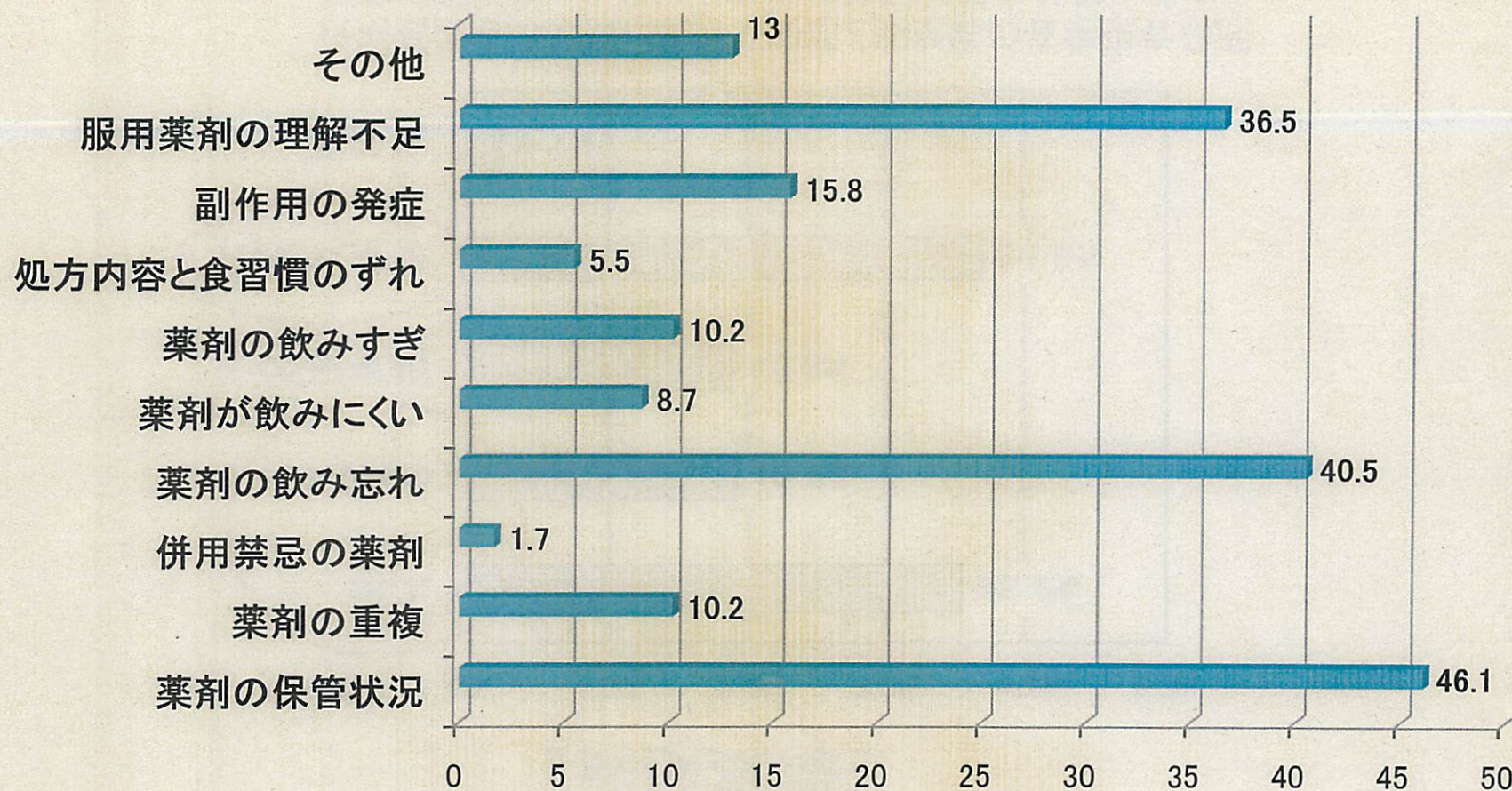


後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問
薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する
調査研究 報告書 H20 3 日本薬剤師会





在宅訪問開始時に発見された薬剤管理上の問題点



後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問
薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する
調査研究 報告書 H20 3 日本薬剤師会



入院患者の薬被害 本格調査

中核3病院、5人に1人

京大など

治療のための薬で健康被害を受けた入院患者が5人に1人に上ることが東京、京都、福岡の病院を対象にした調査でわかった。軽微な副作用から命にかかわる深刻な例まで計千件以上あった。京都大などの研究グループによると、

間違いを始め、通常の治療の範囲内で、鎮静薬を多量に投与された高齢者の意識レベルが低下したり、消化管出血、アレルギー反応、下痢、腎機能の低下などが起きたりした例も含め「薬剤性有害事象」として集計。投与直後だけで

れる前に薬剤師が点検するなど、医師以外が処方内容を検討すれば防げるものがあるという。

調査担当者が最初に気づいたのが141件中46件、院内報告制度で報告されていたのは19件にとどまった。

森本講師は「薬剤性の有害

事象は見逃されやすい。把握

のための一定の基準を作り、

担当薬剤師らが日常的に患者の症状をチェックし、速やかに医師に伝える仕組みを導入すべきだ」と話す。

状が悪化したような明らかな

効能の複数の薬が重複投与さ



BPSDの悪化要因

①薬剤	37.7%
②身体合併症	23.0%
③家族・介護環境	10.7%

2008年5月29日(木) NHK 福祉ネットワーク「シリーズ認知症② 生活を支える医療に向けて -BPSDの実態調査から-」より
【(平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業)「認知症の『周辺症状』(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対する
チームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」実施主体:財団法人 ほけ予防協会】を紹介

医原性によるもの

[例]せん妄、過鎮静、錐体外路症状(転倒、誤嚥性肺炎)・・・]

- 例) ①であれば、薬のせいでBPSDがひどくなる
②であれば、脱水や便秘、がんなどにより、BPSDがひどくなる



在宅訪問業務で求められる 薬剤師の役割

- 患者の能力、介護支援力に応じた薬学的関与
 - － 投与ルート、剤形、用法への関与
 - － 個々のADLに応じた調剤上の工夫
 - － 手持ち薬のリスク管理、経済的ムダの防止
 - － 副作用の未然予防、モニタリング、早期対応
 - － 服薬とADL変化の関連をモニタリング
 - － アドヒアランス確保のための計画と管理
- 医療・介護職、患者と連携し、共通のゴールに





在宅・チーム医療の課題

- 地域で相互の思惑に**ミスマッチ**がおきている
 - 薬局の立場の視点
 - 在宅届出をしている。取り組みたいが10年間指示がない。
 - 疎外感、あきらめ、無関心…。
 - 在宅訪問医師、在宅医療支援推進室、看護ステーション、地域包括支援センター等の視点
 - 薬局の参加を求めているが、薬局の応需態勢の情報を知るすべがない。何をしてくれるのかよくわからない。
- 薬剤師が在宅参加する仕組みが未整備
 - ミスマッチを改善する地域の仕組みが必要

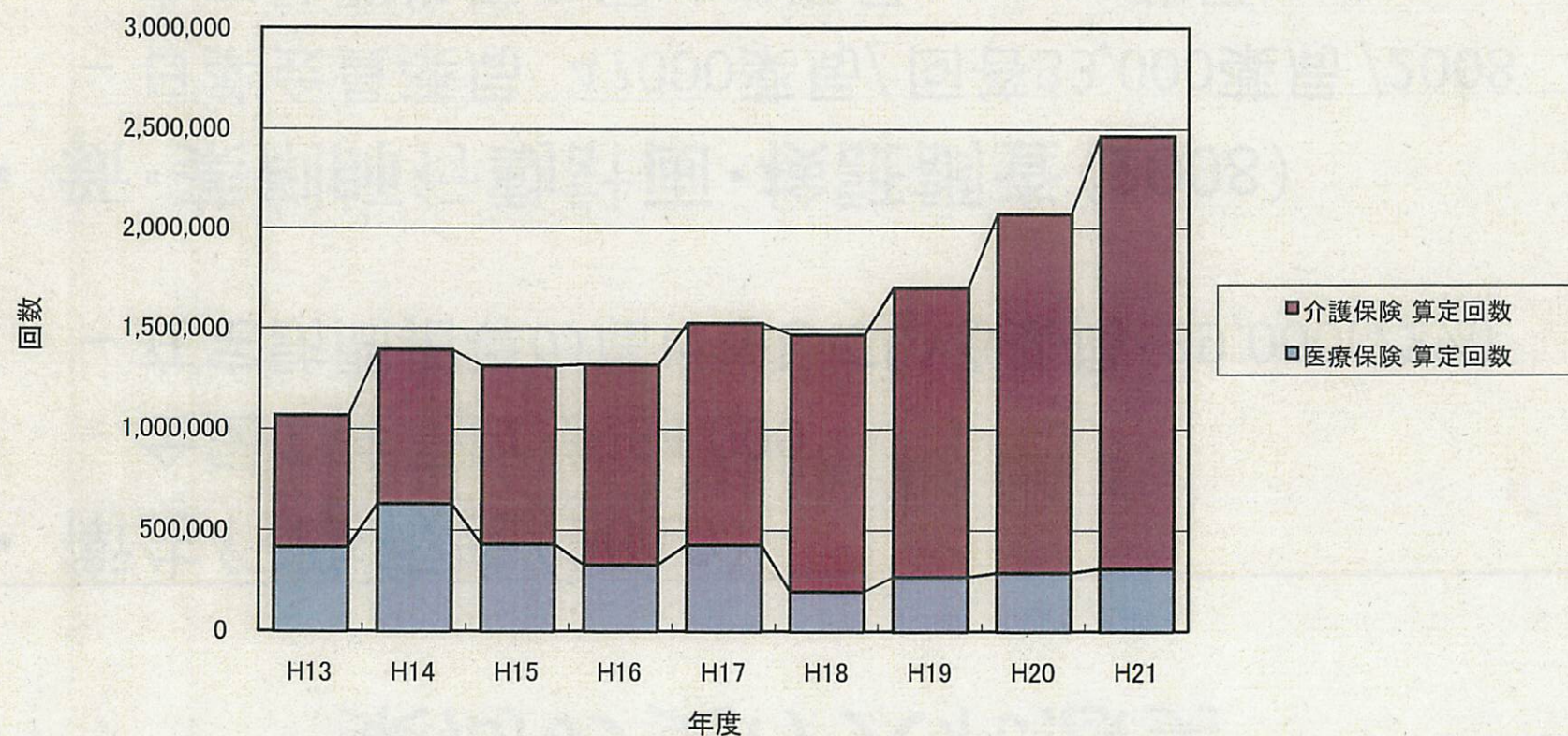




訪問指導(算定)回数推移

社会医療診療行為別調査

薬剤師の在宅訪問回数推移(推計)





薬局の受け入れ態勢

- 衛生行政報告(2010)
 - 全国の薬局数: 約54,000
 - 在宅訪問指導の届けをしている薬局: 39,000(72%)
- 新・薬剤師行動計画・検証調査(2008)
 - 日薬会員薬局 47000薬局/ 回答33,000薬局 /2008
 - 在宅訪問指導の届け出薬局: 21,000薬局(64%)
 - 在宅訪問実績薬局: 4,750薬局(14%)
 - 麻薬小売業の届け: 22,000薬局(65%)





日本薬剤師会 養在宅療推進アクションプラン

- 平成23年度に支部（市町村）薬剤師会で実施
 - － 薬局の在宅訪問薬剤管理指導業務応需体制の調査
 - 地域（支部等）単位で調査を実施
 - － 調査結果の集計および情報公開用リスト作成
 - － 医療・介護・行政等の関係各に情報提供・アプローチ
 - 上記リストの提供
 - 薬剤師の訪問業務の説明資料等を持参
 - － 事業評価（24年2月予定）



在宅療養推進アクションプラン（案） ～薬剤師が地域のチーム医療に参画するために～

薬局・薬剤師のスキルアップ

- ・体調チェックフローチャート
- ・在宅服薬支援マニュアル

地域支部における 訪問薬剤管理指導業務の 応需体制の整備

- ・地域の薬局情報（訪問薬剤管理指導業務応需体制等）を把握するための調査
- ・地域の薬局情報公開ツール（薬局リスト等）の作成

地域連携の促進 ～薬局機能・業務の理解促進～

- ・医療職/介護職
- ・行政
- 医療/薬務
- 介護/介護予防
（地域包括支援センター）
- 高齢福祉
- 国保
- ・地域住民

日薬

- ・体調チェックフローチャートの改訂
【平成23年2月出版予定】
- ・在宅服薬支援マニュアルのDVD化
【平成23年2月完成予定】

- ・薬局向け調査票のひな形の作成
【平成22年度中】
- ・薬局リストのひな形の作成
【平成22年度中】

- ・各方面へのアプローチモデル（手順書）の作成
【平成22年度中】
- ・薬局業務の説明用資料の作成
【平成22年度中】

都道府県薬：地域（支部）での円滑な実施のための総合的な支援

支部薬

- ・支部薬剤師会等での研修
【平成23年度～】

- ・地域における推進方策の検討
【平成23年度～】

- ・各方面へのアプローチ、連携の促進
【平成23年度～】

平成23年度末、進捗状況を確認し更なる推進策を検討（全国担当者会議を予定）



アクションプランの目標

- 薬局・薬剤師が地域で在宅参加の意思表示
 - 薬剤師自身の在宅に関するイメージ転換し参加
 - 地域薬局の多くが応需する薬局の基本的業務
 - 薬剤師が在宅業務に関する研修
- 他職種に薬剤師の役割、機能を情報提供
 - 在宅医療の質、医薬品使用の安全性確保を理解
 - 多職種の連携、スキルミックスの推進
- 地域単位の在宅応需体制への貢献
 - 薬局情報を手始めに、地域での情報共有化



全国在宅療養支援診療所連絡会

在宅医療が日本を変える



一般社団法人

全国在宅療養支援診療所連絡会

Japan Network of Home Care Supporting Clinics

入会のご案内

ホームケアズネット

Home Cares Net

www.zaitakuiryo.or.jp

在宅医療の普及振興を目指して

「住み慣れた地域で家族とともに療養したい」「最期は自宅で」といった国民の期待に応える在宅医療は、まだ当たり前の地域医療の姿とはなっていません。

全国の在宅療養支援診療所が密接に連携を図ることで、この課題の解決につなげ、これからの在宅医療の普及振興に貢献していきたいと考えています。

設立趣旨

在宅医療を実践している診療所を全国規模で結び、互いに切磋琢磨しながら、充実した日本の在宅医療体制の実現を。

平成18年4月、在宅医療の推進のため、在宅療養支援診療所が診療報酬制度に盛り込まれました。従来の診療科別の診療内容や、処置内容別の診療報酬制度とは異なり、診療所機能そのものが評価され、1万ヵ所以上の診療所が届け出を済ませています。読売新聞の調査では、平成20年6月末までの1年間で、在宅療養支援診療所が在宅で看取った患者数は3万2,000人程度で、望まれている役割を十分に担っているとはいえません。

患者の居宅を医療提供の場として多職種協働で進める在宅医療という新しい医療形態は、おそらく、医学界一般には具体的にイメージしにくいこともあり、医学系学術団体や地域医師会、あるいは大学医学部などが、在宅療養支援診療所の活動を支援していくことに困難も予想されます。

そこで、すでに在宅医療を実践している在宅療養支援診療所を全国規模で結ぶ連絡会を組織し、日本の在宅医療の普及・振興を図るために、互いに切磋琢磨しながら在宅医療体制の充実を目指す活動を行いたいと考えています。

本連絡会を通して、「住み慣れた地域で家族とともに療養したい」「最期は自宅で」といった国民の期待に応えられるよう努力していきたいと考えています。

これらの活動にご理解をいただき、在宅療養支援診療所として在宅医療実践者のご参加とご支援を心からお願い申し上げます。

目的

本会は、在宅医療の普及及び振興に努め、国民が在宅医療を享受し、望めば人生の最期まで安心して在宅で療養生活ができるよう、これらを医療から支援できるシステムを構築し、質の高い在宅医療の実践のため、在宅療養支援診療所の機能を高めることに寄与する。

そのために必要な在宅医療に関する調査研究を含め、在宅療養支援診療所を運営する医師の育成や在宅医療に関わる相談など、在宅医療の普及振興のために必要な活動を行う。



ごあいさつ

私たちは、在宅医療拡充のために、その先陣を担う覚悟でがんばりたいと思います。

在宅療養支援診療所は平成18年に制度化されました。まだ、その数は十分とはいえませんが、この制度の役割を理解し、全国に在宅医療が拡充することを願っている医師は少なくありません。

しかし、社会的には、病院や福祉施設の間にあって、まだ全国民の認知は十分とは言えない状況にあるのも事実です。

誰もが、家で療養し、家で最期を迎えたいと願うことは、当たり前で自然な人間の生き方と

思います。それが自然でなくなっているとすれば社会的に大きな欠陥や歪みがあるはずですが。

在宅医療は近い将来には、誰でもどこでも選択肢になり得るものにならなければならないと思います。そのためには医師の責務だけでなく、国の役割が大きいはずです。

私たちが在宅療養支援診療所は、在宅医療拡充のために、その先陣を担う覚悟でがんばりたいと思います。連絡会の皆さんの活躍に期待してやみません。



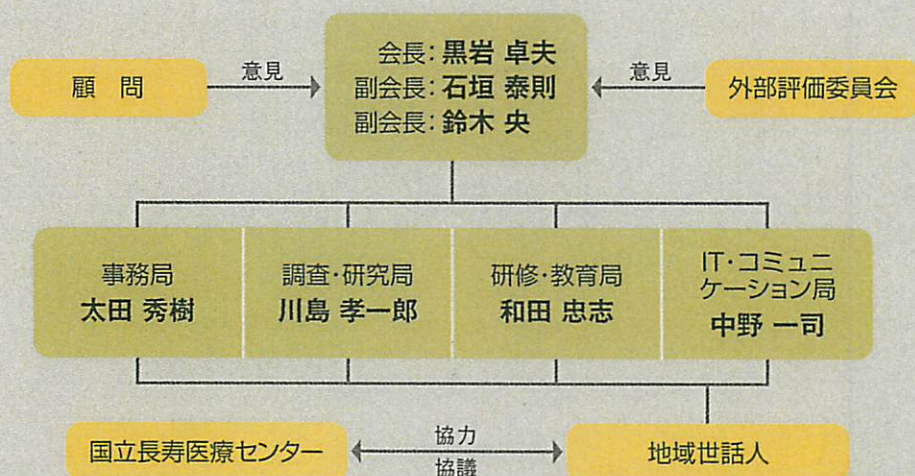
会長
黒岩 卓夫

【新潟】
浦佐萌気園診療所

活動内容

- ① 在宅療養支援診療所に関する調査及び研究活動
- ② 在宅療養支援診療所に従事する医師の連携・交流活動
- ③ 在宅療養支援診療所における在宅医療を多職種協働で行うため他の職能団体との連携及び交流活動
- ④ 在宅療養支援診療所に関する情報提供活動
- ⑤ 在宅療養支援診療所における在宅医療を推進するために必要な相談活動
- ⑥ 在宅療養支援診療所へ急性期病院から速やかに患者紹介を受けられるような地域ケアネットワークの構築活動
- ⑦ 在宅療養支援診療所における在宅医療を国民に紹介するための広報活動
- ⑧ 在宅療養支援診療所を運営するために必要な支援・援助・教育活動
- ⑨ 在宅療養支援診療所に関する学術集会・講演会の開催
- ⑩ その他本会の目的を達成するために必要な活動

組織図



定款

【会員】定款 第7章より

(会員の資格)

第29条 在宅療養支援診療所の開設者、管理者あるいはそれに準ずる者であって、当法人の趣旨に賛同し、入会手続を経た者とする。

(入会)

第30条 当法人の会員となる資格を有するものは、当法人が別に定める入会届を当法人に提出すること。

(入会金及び会費)

第31条 会員は、当法人が別に定めるところに従い、入会金及び会費を負担する義務を負う。

2. 当法人の入会金及び会費の額は、次の通りとする。

① 入会金 金5,000円

② 年会費 金5,000円

(会員資格の消失)

第32条 会員は、法令の定める事由の他、1年以上会費を滞納した場合に、その資格を消失する。

連絡先

一般社団法人
全国在宅療養支援診療所連絡会

【事務局】

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1
全共連ビル麹町館5階
TEL: 03-5213-3766 FAX: 0296-20-8667
E-mail: jimukyoku@zaitakuiryo.or.jp

ホームケアズネット

Home Cares Net
www.zaitakuiryo.or.jp

一般社団法人
全国在宅療養支援診療所連絡会
Japan Network of Home Care Supporting Clinics

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館5階
TEL:03-5213-3766 FAX:0296-20-8667

[ホームページ](#)

www.zaitakuiryo.or.jp

FAX
申込用紙

入会をご希望の方は、必要事項をご記入の上、この用紙をFAXしてください。

0296-20-8667

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 **入会申込書**

		申込年月日		20	年	月	日
フリガナ							
氏 名	姓				名		
生年月日	19	年	月	日	性 別	男 ・ 女	
職 業	医 師	いずれかに○をつけてください。 在宅療養支援診療所開設者 ・ その他(勤務医を含む)					
	医師以外	職種:					
所属機関名							
所 在 地	〒 -						
TEL	(内線:)						
FAX							
E-mail							

【メーリングリスト登録E-mail】

E-mail	(代理人氏名:)
--------	-----------

※当法人での連絡は、原則電子メールになります。(会報での書面連絡も行います)
入会とともに連絡会メーリングリストへの自動登録となりますので、よろしくお願い申し上げます。
なお、会員本人が電子メールを使わない場合、事務職員など、代理の方のメールアドレスをご登録ください。

※当会ではグーグルのメーリングリストを利用していますが、info@で始まるメールアドレスは使用することができません。
あらかじめご承知いただき、info@以外で始まるメールアドレスをご登録ください。

※代理人の場合、代理人氏名をご記入ください。

事務局使用欄 (記入不要)	正	特	賛
------------------	---	---	---

入会金及び会費、1万円を下記口座までお振り込みください。

振込先口座	三井住友銀行 麹町支店 普通8962449
口座名義	一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会

※入会金及び会費をご入金いただいた時点で、会員手続きを完了となります。
※次年度からの入会をご希望の場合は、新年度以降に入会申込手続きを行ってください。
※入会申込後、10日以上(土・日・祝を除く)経っても連絡がない場合は、事務局へお問い合わせください。

国立長寿医療研究センター
パンフレット

独立行政法人

国立長寿医療研究センター



健康長寿をめざして

National Center for Geriatrics and Gerontology

ごあいさつ

国立長寿医療研究センターは、それまでの国立長寿医療センターが2010年の4月1日より、独立行政法人と名称を変えて再出発致しました。名称が変わっても私達の施設が、高齢者医療・介護の研究を通して、国民の命、健康、そして生活を守るために存在している意義は変わりません。

2007年7月にまとめられた国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）の今後のあり方についての有識者会議の報告書では、NCに政策医療の牽引車として3つの役割、①臨床研究推進のための「統括・推進者の役割」、②医療の均てん化推進のための「調整・支援・指導者の役割」、③政策医療の総合的かつ戦略的展開のための「政策医療に対する提言者の役割」を求めています。

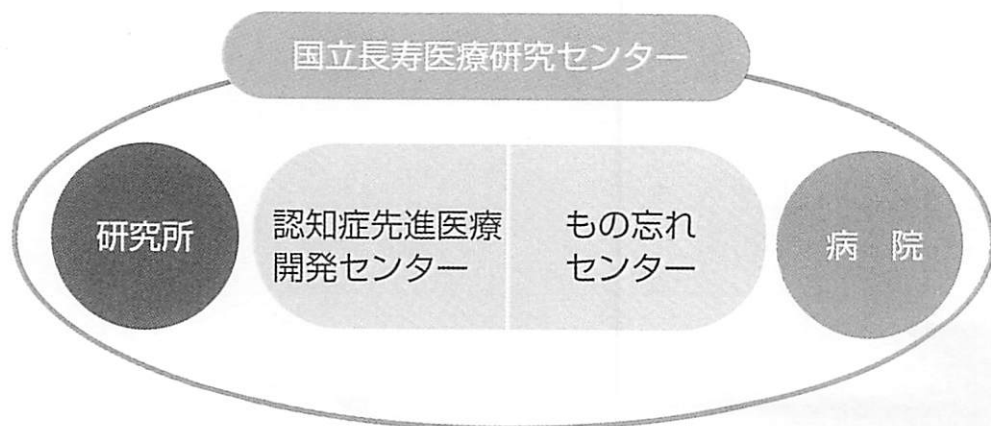
私達は、組織をあげて、この国民・社会からの要請と期待に応えていきます。

国民の皆様には、国立長寿医療研究センターは国民の財産であるという理解のもとに、暖かい御支援と厳しい御批判をお願い申し上げます。



独立行政法人
国立長寿医療研究センター
総長 大島 伸一

組織

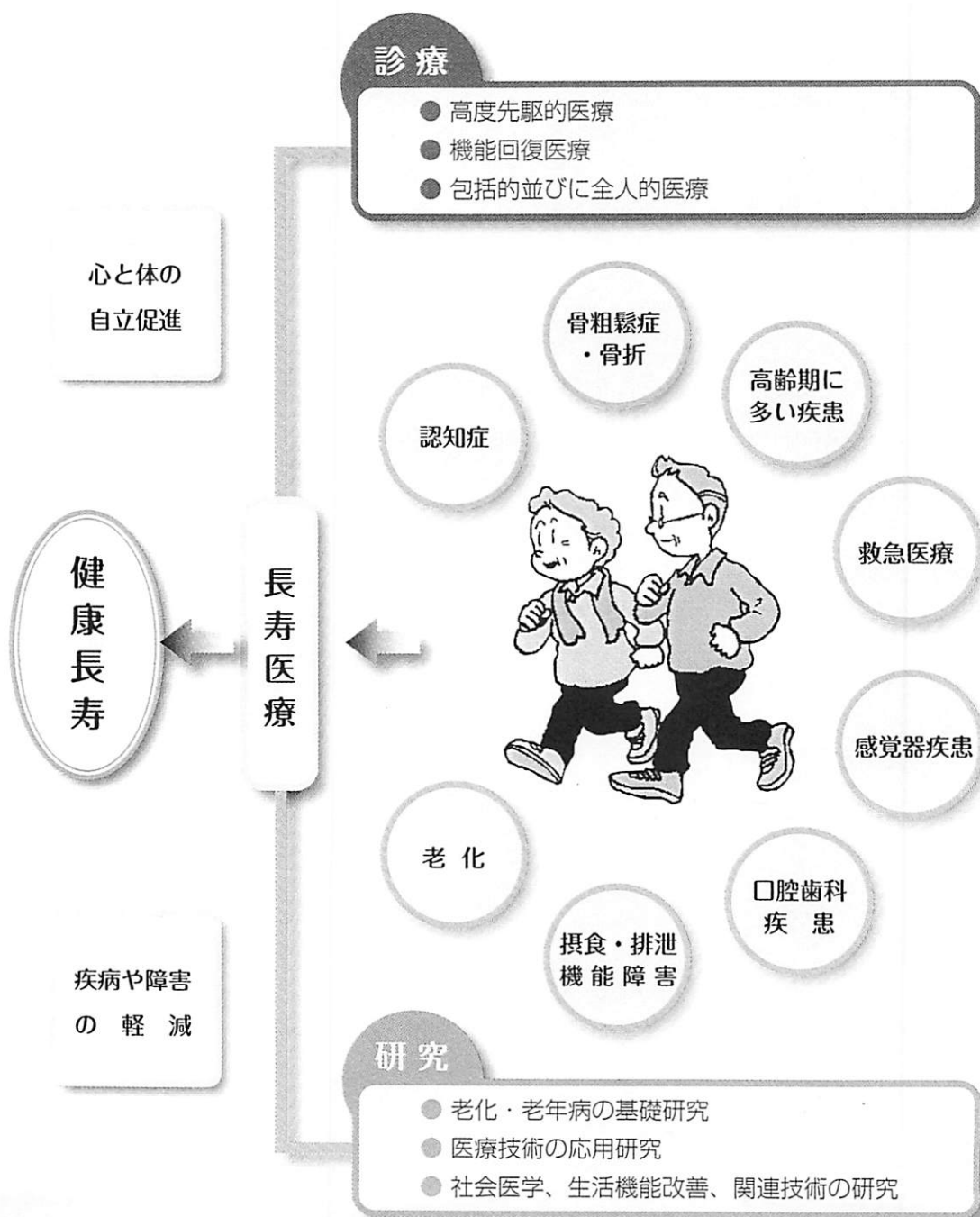


理 念

私たちは高齢者の心と体の自立を促進し、健康長寿社会の構築に貢献します。

基本方針

1. 人の尊厳や権利を重視し、病院と研究所が連携して高い倫理性に基づく良質な医療と研究を行います。
2. 病院では高度先駆的医療、新しい機能回復医療、包括的・全人的医療を行います。
3. 研究所では老化と老年病の研究、新しい医療技術の開発、社会科学を含む幅広い研究を行います。
4. 老人保健や福祉とも連携し、高齢者の生活機能の向上をめざします。
5. 成果を世界に発信し、長寿医療の普及に向けた教育・研修を行います。



国立長寿医療研究センターの役割

長寿医療研究の先導的役割を果たすための4つの機能

診療

高齢者医療の主要な課題の解決に向け、次の各分野に対し重点的に取り組む

- 1 認知症
 - 2 骨粗鬆症・骨折
 - 3 低栄養・摂食嚥下障害
 - 4 筋肉量減少症・転倒
- さらに、標準医療の確立を推し進める
- 5 在宅医療の地域連携
 - 6 終末期医療
 - 7 認知症高齢者の看護技術

人材育成・研修

将来の長寿医療研究のリーダーを育成する

- 1 人材育成・研修の実施
 - 若手医師、認定看護師、流動研究員等を対象とした教育
 - 学会と連携した医学生への老年医学セミナーの実施
 - 在宅医療を支援するボランティアの養成
- 2 医療の普及(均てん化)
 - 認知症の地域医療支援の調整を行う認知症サポート医の養成
 - 口腔ケアに関する研修の実施
 - 認知症、在宅医療等に関する高齢者地域医療モデルの開発・普及
 - 先駆的な高齢者医療、社会医学等に関する知見の発信

研究

老化や老年病発生のメカニズムの解明、新しい予防法や治療技術の開発と応用、そして長寿政策や長寿医療工学等の最先端研究を推進する

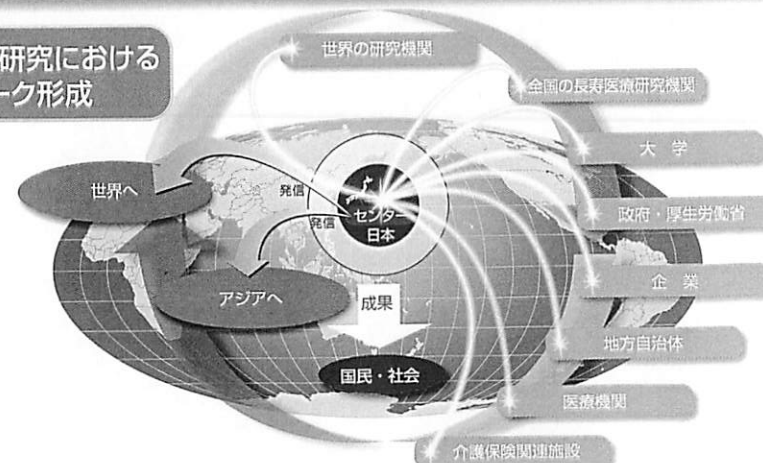
- 1 認知症の予防と最適な診断および治療法の開発
- 2 骨粗鬆症と加齢性筋肉量減少症(サルコペニア)の予防
- 3 虚弱化予防と老年症候群の予防と対策
- 4 安心な在宅ケアと在宅医療のための調査研究
- 5 保健や福祉との連携と社会的ネットワークの構築

情報発信

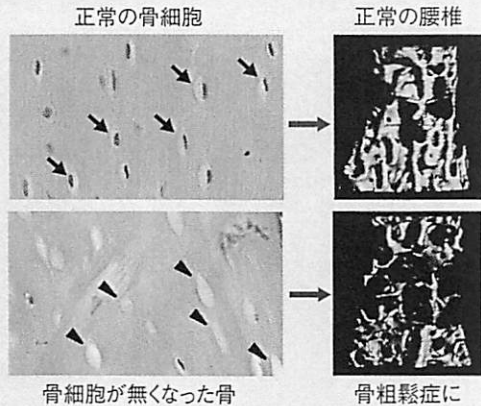
国内外の関連する機関とネットワークを結び、長寿医療研究を推進する

- 1 情報発信・政策提言
 - ホームページによる国民、患者・家族、医療従事者等への有用な情報の提供
 - 高齢者医療を取り巻く様々な課題に対する科学的根拠に基づく専門的な政策提言
- 2 国際貢献
 - センター主催の国際シンポジウムの開催
 - 海外(アジア地域)からの専門家・研究者の招へい及び交流の推進

長寿医療研究におけるネットワーク形成



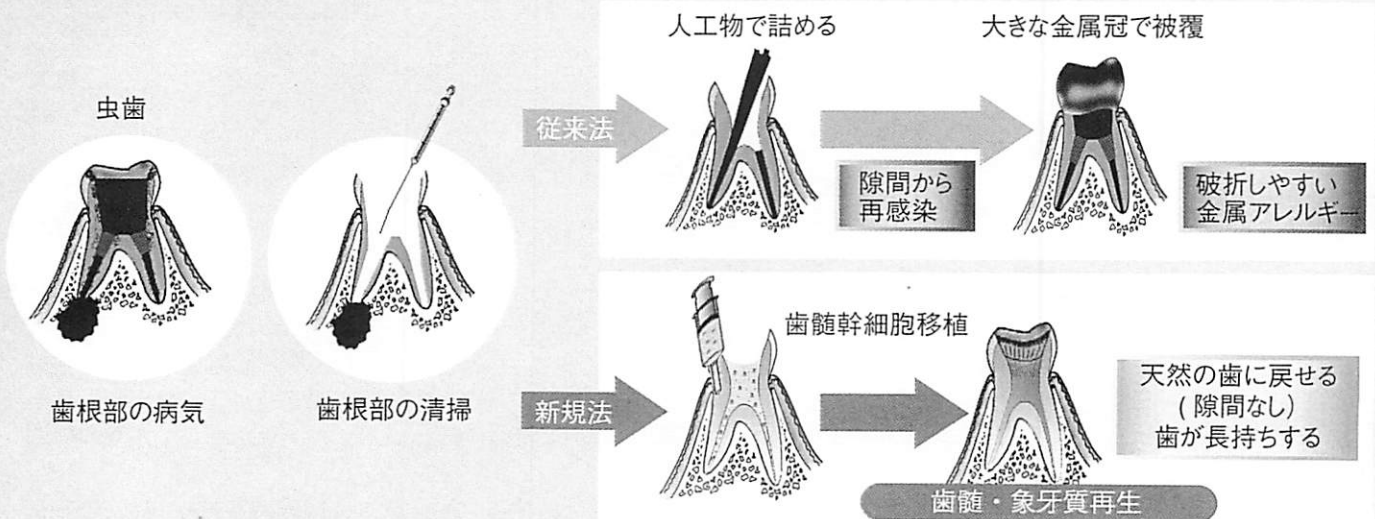
転倒と骨折等の予防に関する最先端研究



- 骨粗鬆症に関する骨の細胞レベルでの研究【骨細胞ネットワークの重要性】
- 転倒と骨折予防対策【加齢性筋肉量減少症（サルコペニア）の予防、栄養（ビタミンD）や運動の重要性】
- 骨格筋幹細胞の解明と筋肉再生による機能回復の研究
- 新しいバイオマーカーを用いた骨粗鬆症の早期発見をめざした研究

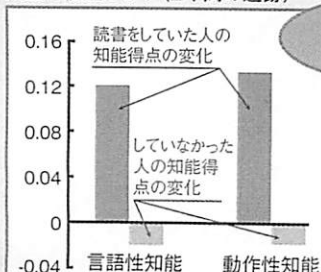
革新的虫歯治療法

虫歯は高齢者にも多く、歯を失う原因の半分は虫歯である。歯の平均寿命（現在57歳）を延ばし、80歳でも20本以上歯を残せるよう（現在8本）、歯髄・象牙質再生により歯を長持ちさせる革新的虫歯治療法の開発を行う。



老化に関する長期縦断疫学研究

余暇の読書は知能の維持・向上に役立つか？（2年間の追跡）



認知症

成果の例

NILS-LSA

地域住民 2400 名
1年を通して老化に関連する基礎データを網羅的に収集・解析
平成9年から2年ごとに調査を実施

感覚器の老化

骨粗鬆症

成果の例

老化に関する基礎データを情報公開

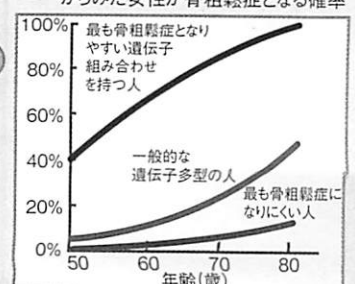
<http://www.nils.go.jp/departement/ep/index-j.html>

高齢者の栄養

転倒・骨折

サプリメント

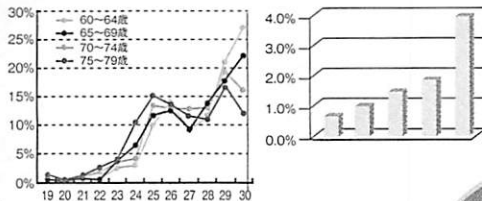
遺伝子多型の組み合わせからみた女性が骨粗鬆症となる確率



認知症先進医療開発センター

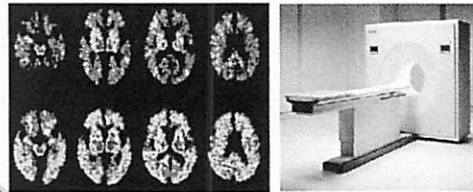
認知症に対して、①予防、診断、治療、支援の先進的な開発研究、②最新の情報を収集し広く発信、③医療機関等と連携し効果的な開発体制を構築し、我が国の中核機関として貢献する

長期縦断疫学研究による 認知症の危険因子の解明



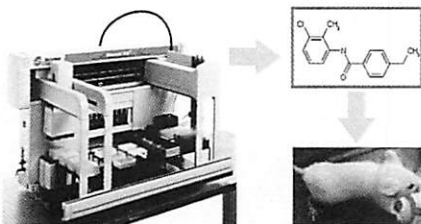
情報収集・発信

認知症を早期に捉える 脳画像診断法の開発

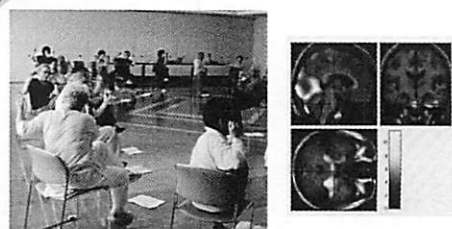


認知症先進医療 開発センター

医療機関・研究機関
厚生労働省



アルツハイマー病根治療の開発



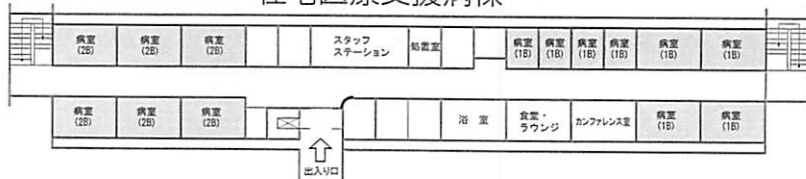
運動介入による認知機能維持法の開発

もの忘れセンター

認知症に対して、①認知機能の維持・向上、②心の安定、③生活機能の維持・向上、④排尿、嚥下、栄養機能の維持などを総合的に行う

集団家族指導(もの忘れ教室)

在宅医療支援病棟



家族相談
家族のケア

地域連携

外待ちあい

認知症ケア
スタッフエリア

周辺症状
身体疾患に
対応する
包括的病棟
30床

中待ちあい

総合機能評価

最新機器を
用いた効果判定

認知機能訓練
転倒予防



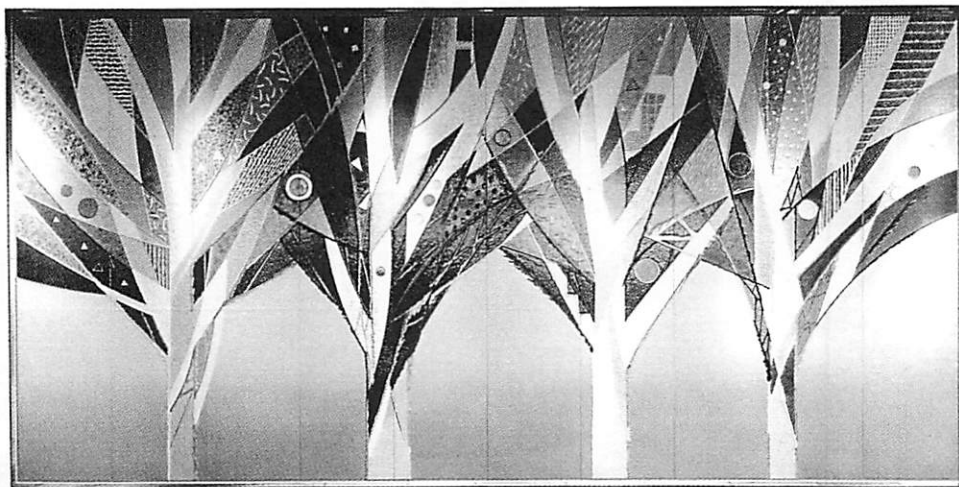
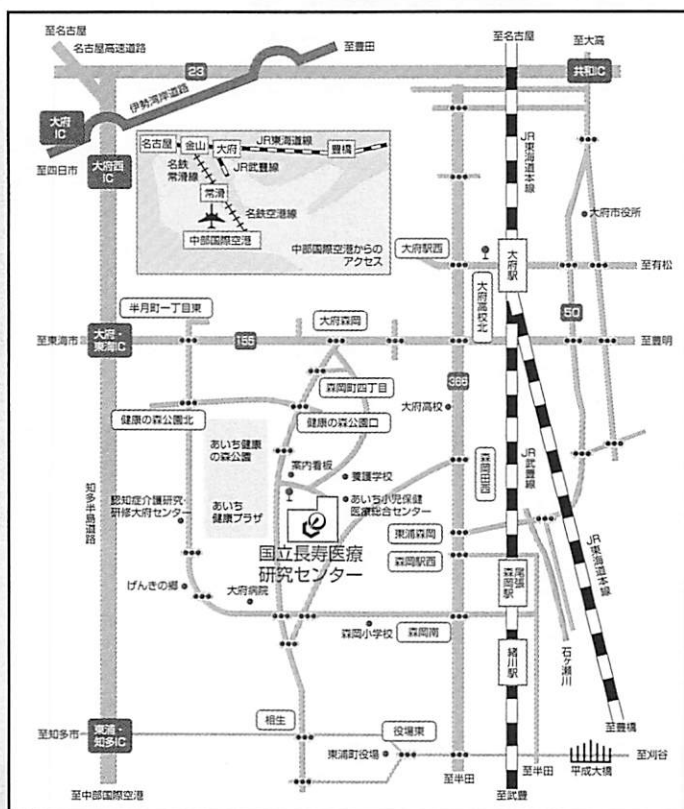


photo: 長寿の樹



独立行政法人 国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology

※長寿を表す鶴と亀をそれぞれ円形と六角形で組み合わせ、健康の森と澄み渡った空の青でセンター周囲の環境を表現しています

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35番地
TEL (0562) 46-2311 (代表) FAX (0562) 48-2373
ホームページ <http://www.ncgg.go.jp>

国立長寿医療研究センター
中期計画 概要

独立行政法人国立長寿医療研究センター中期計画 概要

中期計画の期間

- ・ 5年間（平成22年4月1日から平成27年3月31日まで）

第1 国民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するために取るべき措置

1. 研究・開発に関する事項

（1）臨床を志向した研究・開発の推進

①研究所と病院等、センター内の連携強化

- ・ 病院・研究所による共同研究を増加

（平成22年度計画）

- ・ 認知症先進医療開発センターの設置 ・ もの忘れセンターの設置

②産官学等との連携強化

- ・ 「医療クラスター」の形成等、研究の基盤となる体制の整備
- ・ 企業との共同研究を増加
- ・ 治験実施数を増加

③研究・開発の企画及び評価体制の整備

- ・ 委員会等の活用

④知的財産の管理強化及び活用推進

- ・ 職務発明審査件数の増加

（2）病院における研究・開発の推進

①臨床研究機能の強化

- ・ 薬事・規制要件の専門家等人材の充実

②倫理性・透明性の確保

- ・ 職員教育・意識向上のための機会の確保
- ・ 患者・家族に対する適切な説明（趣旨やリスク）と情報開示

（3）担当領域の特性を踏まえた戦略的かつ重点的な研究・開発の推進

- ・ 別紙1の概要のとおり

2. 医療の提供に関する事項

(1) 高度先駆的な医療、標準化に資する医療の提供

- ①高度先駆的な医療の提供
- ②医療の標準化を推進するための、最新の科学的根拠に基づいた医療の提供

(2) 患者の視点に立った良質かつ安心できる医療の提供

- ①患者の自己決定への支援
(平成 22 年度計画)
 - ・ 認知症・高齢者精神疾患に関するサトウハチロー外来の設置
- ②患者等参加型医療の推進
 - ・ 患者の医療に対する理解を支援する機会の提供（ホームページによる患者向け情報の発信、リーフレットの配布）
(平成 22 年度計画)
 - ・ もの忘れ家族教室の定期開催 ・ 患者満足度調査の実施
- ③チーム医療の推進
 - ・ 多職種から成る院内診療チームの合同カンファレンス、合同回診等の開催
- ④入院時から地域ケアを見通した医療の提供
 - ・ 包括的なプログラムに基づく医療の提供 ・ 切れ目のない医療の提供
- ⑤医療安全管理体制の充実
(平成 22 年度計画)
 - ・ ヒヤリハット事例分析・対策会議の定期開催
 - ・ 医療安全管理委員会の定期開催 ・ 医療安全のための職員研修の定期開催
- ⑥客観的指標等を用いた医療の質の評価

(3) その他医療政策の一環として、センターで実施すべき医療の提供

- ①認知症に関する医療及び包括的支援の提供
 - ・ 医療者、介護者、家族等を交えたカンファレンス件数を増加
- ②モデル的な在宅医療支援の提供
 - ・ 在宅医療支援病棟の新入院患者数を増加
(平成 22 年度計画)
 - ・ 在宅医療推進会議の開催
 - ・ 在宅医療支援病棟の需要計測のためのタイムスタディを開始
- ③モデル的な終末期医療の提供
(平成 22 年度計画)
 - ・ 終末期医療の具体的医療内容のニーズ調査を開始

3. 人材育成に関する事項

(1) リーダーとして活躍できる人材の育成

- ・長寿医療分野において将来専門家として活躍する人材の育成

(平成 22 年度計画)

- ・老年医学サマースミナーの開催

(2) モデル的研修・講習の実施

- ・医療従事者向け研修会を開催

(平成 22 年度計画)

- ・口腔ケア研修会を開催
- ・認知症看護のモデル研修・講習のプログラム作成の開始

4. 医療の均てん化と情報の収集・発信に関する事項

(1) ネットワーク構築の推進

- ・認知症サポート医養成研修会を開催

(2) 情報の収集・発信

- ・インターネットの活用等による国民向け、医療機関向けの広報

5. 国への政策提言に関する事項

- ・国と連携し、課題の解決策等について科学的見地からの専門的提言

6. その他我が国の医療政策の推進等に関する事項

(1) 公衆衛生上の重大な危害への対応

- ・公衆衛生上の重大な危害に対し、迅速かつ適切に対応

(2) 国際貢献

- ・長寿医療に関する国際シンポジウムを年 1 回以上開催

第 2 業務運営の効率化に関する目標を達成するために取るべき措置

1. 効率的な業務運営に関する事項
2. 電子化の推進
3. 法令遵守等内部統制の適切な構築

第 3 予算、収支計画及び資金計画

第4 短期借入金の限度額

第6 剰余金の使途

第7 その他主務省令で定める業務運営に関する事項

1～2 (略)

3. 人事に関する方針

(1) 方針

- ・医師、看護師不足に対する確保対策、離職防止、復職支援対策

(2) 指標

- ・安全で良質な医療の提供に支障が生じないような適正な人員配置

4. その他の事項

- ・センターのミッションを実現するためのアクションプランを立てる

中期計画別紙1

1. 重点的な研究・開発戦略の考え方

- ・加齢に伴って生ずる心身の変化及びそれに起因する疾患であって高齢者が自立した日常生活を営むために特に治療を必要とするもの（以下「加齢に伴う疾患」という。）を克服するため、センターの前身である国立長寿医療センターにおける研究・開発の成果を踏まえつつ、研究組織形態の柔軟化、企業や大学、学会等の連携の一層の推進を図るとともに、認知症や運動器疾患等加齢に伴う疾患の発症機序の解明につながる基礎的研究や疫学研究等による日本人のエビデンスの収集の推進から、予防医学技術の開発、基礎医学の成果を活用した橋渡し研究、臨床に直結した研究・開発等を総合的かつ計画的に推進する。

また、これらの研究・開発を、長寿医療分野において発展させるための手段の一つとして、活発な論文発表や学会発表等を通じ、その成果を、内外の研究者や医療関係者に対してのみならず、社会全体に対し広く発信していく。

- ・英文・和文の原著論文発表総数を増加
- ・国内・国際学会における発表（講演を含む）数を増加

2. 具体的方針

(1) 疾病に着目した研究

①加齢に伴う疾患等の本態解明

- ・認知症発症メカニズムの解明に関する研究
- ・骨粗鬆症の発症メカニズムの解明に関する研究
- ・生体機能の加齢に伴う変化の分子・細胞・個体レベルでの研究

②加齢に伴う疾患の実態把握

- ・老化に関する基礎データ収集を運用し、研究成果を提供
- ・高齢者のQOLにより重点を置いた臨床研究

③高度先駆的及び標準的予防、診断、治療法の開発の推進

- ・既存の予防手法について有効性と安全性を検証する研究
- ・分子メカニズムに着目した根治的治療法の開発に資する研究
- ・口腔機能や排泄機能の障害における再生・再建医療の研究
- ・高齢者の薬物動態に応じた投薬量の決定方法の開発及びそれらに配慮した臨床試験・検査の在り方の検討
- ・バイオリソースや臨床情報を収集し解析を行う研究を実施

④医薬品及び医療機器の開発の推進

- ・認知症関連物質に関わる薬剤の開発、介護機器の安全性評価基準の確立等

の研究

- ・国内未承認の医薬品、医療機器について治験等臨床研究を推進
- ・臨床研究実施件数及び治験の実施件数の合計数を増加

(2) 均てん化に着目した研究

①医療の均てん化手法の開発の推進

- ・科学的根拠に基づいた診断・治療ガイドラインの作成
- ・研究指導、教育普及の両面から、系統的な教育・研修方法の開発
- ・在宅医療に関し、多職種連携促進・普及のためのカリキュラム開発
- ・家族介護者の介護負担の軽減に資する研究
- ・連携講座にかかる修士、博士課程を年3名以上修了

②情報発信手法の開発

- ・患者・家族、国民に向けた啓発・情報提供手法等の検討
- ・医療従事者に向けた啓発、情報提供手法等の研究

その他 教育用DVD

《在宅医療の普及・振興を目指す DVD/Web 教材企画案》

はじめよう！ 在宅医療

…今、医療の場は地域へ…

【企画・監修】在宅医療推進会議

【指導・編集】全国在宅療養支援診療所連絡会（予定）

【制作】インターメディカ

高齢社会の到来に伴い、わが国の年間死亡者数は現在 110 万人、2040 年に 170 万人に達すると推定されています。

多くの人が、「住み慣れた自宅で最期のときを迎えたい」と望む一方、現実には 85% の人が病院で最期を迎えているのが現状です。

今の日本では、「住み慣れた地域で、家族と共に療養したい」「最期は自宅で」と望んでも、急変時の不安、家族の負担を考えると、結果的に病院で最期の日々を迎えることになるのが現実です。



一方、1992 年には居宅が医療提供の場として医療保険制度に明記され、訪問看護が市民権を得ました。2000 年には介護保険制度が始まり、2006 年には 24 時間対応できる在宅療養支援診療所が診療報酬制度に盛り込まれました。

在宅医療を牽引する方向に制度は変化したものの、病院死に歯止めはかからず、地域に往診に出る医師も一向に増加しません。

全国に 1 万か所以上ある在宅療養支援診療所が、平成 19 年から 20 年 6 月までの 1 年間に看取った患者数は 3 万 2000 人程度。看取りも含めた在宅医療を担うという機能を果たしているとはいえません。



在宅医療推進会議のアンケート調査によれば、看取りに関して実績のある 230

の在宅療養支援診療所のうち、20人以上の看取りを行っている診療所は40あり、いずれも地域の訪問看護ステーション、歯科医師、薬剤師との円滑な連携システムを構築していました。多職種連携があれば、在宅療養支援診療所が看取りを含む終末期医療を担い、推進することが十分に可能であることが、ここに示されています。

さらに、在宅医療に関する知識・技術を各診療所間のネットワークにより共有し知識・技術の確立を図ること、多職種との協働により在宅医療を支える地域ケアネットワークを構築することが、在宅医療を推進する大きな鍵になることが伺えます。



過去の日本では当たり前に行われていた医師の“往診”が途絶えて、久しい年月がたっています。医師にとっても、患者にとっても、病医院での医療があたりまえとなった今の日本で、在宅医療を支える地域ケアネットワークを構築するには人材の育成、在宅医療を担う医療者への普及・啓蒙のアプローチが欠かせません。

弊社ではまず、現に地域医療を担う開業医の先生方を対象に、「在宅医療とはどのようなものか?」「在宅医療を行うには、どのような知識・技術が必要なのか?」「看取りまで行うには、どうしたらいいのか?」といった、在宅医療に踏み出すための基礎知識、在宅医療を安全に施行するための基本手技をわかりやすい映像教材として制作したいと考えております。



医療資源に乏しい在宅の環境で、患者に必要な医療処置を安全・的確に行うには、在宅の場合ならではの手技の工夫・研鑽が求められます。

例えば、在宅で多く行われる胃瘻カテーテル交換を例にとると、300回～500回に1回の割合で腹腔内誤挿入が発生するといわれます。在宅での栄養剤の注入は医療者がいない環境で行われ、誤注入の発見が遅れると腹膜炎の併発という大事に至ることも稀ではありません。

胃瘻の新設は年間10万人、交換は30万人に行われるといわれ、腹腔内誤挿入が患者に及ぼす影響ははかりしれません。

このような医療事故を防ぎ、在宅医療の質を高め、知識・技術を確立していくには、臨場感ある映像教材の活用が重要です。動画により基本手技を手取る

ように学び、確実な技術の定着をはかることが可能です。



本 DVD シリーズは、ドキュメンタリーの手法で“在宅医療の今”を描くとともに、専門書や教育機関では学ぶことができない、映像教材ならではの説得力ある表現により、在宅医療の“心と技”をリアルにお伝えしたいと考えております。

在宅医療にためらいを持つ開業医の先生方に、「これなら、やってみよう」と最初の1歩を踏み出していただく契機となるような、映像教材の実現を目指して

まいります。**DVD/Web 教材企画案 <シリーズ タイトル一覧**

(仮) >>

I. はじめよう！ 在宅医療

(総論：在宅医療の理念と概要)

II. 在宅医療で必要な基本手技

III. 疾患別・在宅医療の実際

IV. 急変時の対応

平成22年度 在宅医療推進会議

1 位置づけ

国立長寿医療研究センター総長が召集し、わが国における看取りまでを行える在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くための会。

会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。

2 メンバー

- ・日本在宅医学会
- ・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- ・日本在宅医療学会
- ・日本ホスピス・在宅ケア研究会
- ・尾道市医師会
- ・全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会
- ・全国国民健康保険診療施設協議会
- ・日本訪問看護振興財団
- ・在宅医療助成 勇美記念財団
- ・長寿科学振興財団
- ・日本プライマリ・ケア連合学会
- ・日本老年医学会
- ・日本医師会
- ・日本歯科医師会
- ・日本薬剤師会
- ・日本看護協会
- ・国立がん研究センター
- ・日本ホスピス緩和ケア協会
- ・東京大学高齢社会総合研究機構
- ・日本介護支援専門員協会

佐藤 智	顧問
黒岩 卓夫	会長理事
城谷 典保	理事長
蘆野 吉和	副理事長
片山 壽	会長
米満 弘之	会長
山口 昇	常任顧問
佐藤美穂子	常務理事
住野 勇	理事長
祖父江逸郎	理事長
前沢 政次	理事長
大内 尉義	理事長
三上 裕司	常任理事
池主 憲夫	常務理事
安部 好弘	常務理事
坂本 すが	副会長
的場 元弘	医長
山崎 章郎	理事
辻 哲夫	教授
木村 隆次	会長



国立長寿医療研究センター

3 作業部会

推進会議の下に、看取りまでを行える在宅医療を推進するための具体的な方策を策定するために、作業部会を設ける。

在宅医療推進会議

作業部会

(1)在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会
部会長:川島 孝一郎
(仙台往診クリニック)

- 5年後、10年後、2040年の在宅医療の姿(医療体制の目標値)を作成する。
- 目標達成までの優先順位と年ごとの達成度を作成する。

(2)-1在宅医療の実践例に関する情報を収集・整理し、国民・医療関係者に示す部会
部会長:蘆野 吉和
(十和田市立中央病院)

- 在宅医療の推進のため、国民、医療関係者に在宅で看取りを行っている在宅医療を知ってもらうことが必要であり、そのため、どのような情報を集めて、どのような形で提示するかを検討する。

(2)-2特に急性期医療と連携を検討する部会
部会長:田城 孝雄
(順天堂大)

- 病院医療関係者(急性期担当医師等)と在宅医療の橋渡しのあり方を検討する。

(3)在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等の能力強化方策に関する部会
部会長:太田 秀樹
(医療法人アスムス)

- 参考となる在宅医療施設の見学、研修(短期、例えば看取りに必要な医療とはとか)の実施を検討する。
- 在宅医療関係機関相互間の相談(体制)のあり方を検討する。
- 各種在宅医療のビジネスモデルを検討する。
 - ・複数医師が勤務する在宅医療専門の診療所の場合
 - ・在宅医療を主とするが外来等も行う診療所の場合
 - ・外来等を主とするが在宅医療も行う診療所の場合
 - ・病院が在宅医療を行う場合

(4)新たな在宅医等の人材養成に関する部会
部会長:和田 忠志
(あおぞら診療所)

- 志ある在宅医の育成についてどのようにするか(研修場所、対象者をどのようにリクルートするか等)について検討する。
- 倫理的観点から、在宅医療実施に伴う問題点を検討する。



在宅医療の推進に向けた意見の提出先

E-mail i t o m @ n c g g . g o . j p

FAX 0562-88-3007

御質問等連絡先

TEL 0562-46-2311

鳥羽病院長 内線 3001

野田企画戦略室長 内線 2001

事務局連絡先

独立行政法人国立長寿医療研究センター

在宅医療推進課 伊東政彦（内線2401）

〒474-0031

愛知県大府市森岡町源吾35

独立行政法人国立国立長寿医療研究センター在宅医療推進会議規程

(目 的)

第1条 この規程は、国立長寿医療研究センター総長が招集し、わが国における看取りを行う在宅医療を推進するための方策について関係者の意見を聴くこと、並びに会議の意見を基に在宅医療推進方策について国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施し、必要に応じてわが国の制度に反映させる等のために政策提言を行うことを目的として、在宅医療推進会議（以下「会議」という）を設置し、会議の組織及び運営等必要な事項を定めるものである。

(会議の構成等)

第2条 委員は、総長が関係者より指名する。

- 2 会議の長は、総長が指名する。
- 3 会長不在等の時は、総長が指名する者がその職務を代行する。
- 4 会長は、会議の事務を統括し、会議の意見を取りまとめ、総長へ報告を行う。
- 5 総長は、必要に応じて会議の意見を基に厚生労働省等に政策提言を行う。

(会議の開催)

第3条 会議は、必要の都度会長が招集する。

- 2 会長は、必要があると認めたときは、委員以外の者を出席させることができる。

(会議の内部組織)

第4条 会議に次の4部会を置く。

- (1) 在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会
- (2) 在宅医療の実践例に関する情報を収集・整理し、国民・医療関係者に示す部会
- (3) 在宅療養所支援診療所・訪問看護ステーション等の能力強化方策に関する部会
- (4) 新たな在宅医等の人材養成に関する部会

- 2 各部会の長は、総長が指名する。
- 3 各部会長は、部会の事務を統括し、部会の会議の意見を取りまとめ、必要に応じて会議への報告を行う。
- 4 各部会にまたがる案件については必要に応じて部会間で調整することとする。
- 5 各部会は、次に関することをつかさどる。
 - (1) 会議に必要な個別的詳細な事項に係る調査、検討、企画及び立案に関すること

(2) その他、会議に必要な在宅医療等に関すること

- 6 各部会の構成員は、総長が指名する。
- 7 各部会は、必要の都度部会長が招集する。
- 8 部会長は、必要があると認めたときは、構成員以外の者を出席させることができる。

(庶 務)

第5条 会議の庶務は、企画経営部在宅医療推進課において処理する。

(雑 則)

第6条 この規程に定めるもののほか、必要な事項については、総長が定める。

附 則

(施行期日)

この規程は、平成22年4月1日から施行する。

17:30

着席

事務局

開会
15分
(池永課
長挨拶
まで)
5分

それでは、開始いたします。
まず、在宅医療推進会議を開催にあたり、多数の
に国立長寿医療研究センター総長よりご挨拶申し
上げます。

(総長 挨拶)

新委員
紹介

新委員を紹介します。
日本薬剤師会 安部好弘(あべ よしひろ)
常務理事。
日本在宅医療学会 城谷典保(しろたに のり
やす)理事長。
長寿科学振興財団 祖父江逸郎(そふえ いつ
ろう)理事長。
東京大学高齢社会総合研究機構 辻哲夫(つじ
てつお)教授。
日本介護支援専門員協会 木村隆次(きむら
りゅうじ)会長さんは少し遅れて来られます。

代理紹
介

代理出席を紹介します。
日本プライマリ・ケア連合学会前沢理事長の代
理で石橋幸滋(いしばし ゆきしげ)副理事長。

オブザ
ー
紹介

オブザーバーとして、御招へいしました全日本
病院協会 西澤寛俊(にしざわ ひろとし)会長
日本慢性期医療協会 武久洋三(たけひさ
ようぞう)会長。武久さんは遅れて出席されます。
全国在宅療養支援診療所連絡会 太田秀樹事務
局長。
厚生労働省医政局の池永俊康(いけなが とし
やす)政策医療課長。
以下、黒岩会長代行が議長として進行されます。
よろしくお願いいたします。

黒岩先生

議事1

(黒岩先生挨拶)

それでは議事に入ります前に、厚生労働省から
御多忙のなか、御出席いただいている池永課長か
らご挨拶をいただきたいと存じます。

5分

(池永政策医療課長 挨拶)

黒岩先生

「在宅医療の推進に向けた意見の提出について」
ですが、本日は中途退席、出席の委員がいること。
推進会議が初めての新委員がいらっしゃる関係か

ら、議事２－３の国立長寿医療研究センターの取組報告と在宅医療推進会議の経緯説明と合わせてまず説明をお願いします。

資料１の説明をお願いします。

（資料１の説明）

黒岩先生

資料２の説明をお願いします。

（資料２の説明）

黒岩先生

ただ今の報告についてご質問、ご意見はございませんか。

（討議）

黒岩先生

議事
２－１

それでは、このような方針でよろしいでしょうか。各委員からのご意見等の提出については配布資料の最後に添付してありますのでよろしくお願いいたします。

次の議事に移りたいと思います。

「在宅医療の支援・連携、人材育成の取組について」招へい団体からの現状報告として全日本病院協会から報告をお願いします。

西澤会長

１０分

（全日本病院協会から報告）

黒岩先生

ただ今の報告についてご意見、ご質問はございませんか。

日本慢性期医療協会から報告をお願いします。

武久会長

１０分

（日本慢性期医療協会から報告）

黒岩先生

ただ今の報告についてご意見、ご質問はございませんか。

黒岩先生

議事
２－２

各団体から現状と今後の方策について報告をお願いします。

日本医師会、日本歯科医師会、日本看護協会、日本薬剤師会、全国在宅療養支援診療所連絡会から報告をお願いします。

三上理事

５分

（日本医師会の活動状況について報告）

池主理事

５分

（日本歯科医師会の活動状況について報告）

坂本副会長	5分	(日本看護協会の活動状況について報告)
安部理事	5分	(日本薬剤師会の活動状況について報告)
太田事務局長	5分	(全国在宅療養支援診療所連絡会から報告)
黒岩先生		5団体から活動報告がありましたが、ご意見ご質問はございませんか。
		(意見交換)
黒岩先生	議事 3	その他として教育用DVDについて説明をお願いします。
		(教育用DVDについて説明)
黒岩先生		ただ今の報告についてご質問、ご意見はございませんか。
		(意見交換)
黒岩先生	まとめ	いろいろと貴重なご意見ありがとうございました。本日検討していただいた内容につきましては先ほど御了承いただきましたように「在宅医療の推進に向けた基本的考え方」に反映させ、推進会議として取りまとめ、総長に報告したいと思います。
		それでは最後に大島総長一言お願いします。
	閉会	(大島総長挨拶)